

Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie mit Jugendlichen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereiches Philosophie und Sozialwissenschaften
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Hans Hogh

aus Gretenberg/Nieders.

1904

Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie
mit Jugendlichen

I N A U G U R A L = D I S S E R T A T I O N

zur

Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereiches Philosophie und Sozialwissenschaften
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Hans Hogn

aus Gretenberg/Nieders.

Tag der mündlichen Prüfung: 15. 5. 84

Tag der Promotion: 15. 5. 84

1. Gutachter: Dr. Siegfried Schubenz, Prof.
2. Gutachter: Dr. Eckart Leiser, Priv. Doz.
3. Gutachter: Dr. Gisela Ruckhaberle-Ulmann
4. Gutachter: Dr. Ute Holzkamp-Osterkamp
5. Gutachter: Dr. Urs Jaeggi, Prof

Inhalt

0	Einleitung	1
1	<u>Zur Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten im therapeutischen Prozeß</u>	
1.1	Vorbemerkung	4
1.2	Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie	12
1.3	Der Beitrag der Psychoanalyse	29
1.4	Grundqualifikationen des Psychotherapeuten..	55
2	<u>Psychologie der Adoleszenz</u>	
2.1	Historische Bemerkungen zur Jugend und bürgerlichen Kultur	67
2.2	Vorbemerkung zur Geschichte der Psychoanalyse und zur Psychoanalyse der Adoleszenz	70
2.3	Anfänge der Psychoanalyse, S. Freud(1906) 'Drei Abhandlungen der Sexualtheorie'	72
2.4	S. Bernfelds Theorie der Pubertät	75
2.5	Anna Freuds Beitrag zur Pubertät	78
2.6	H. Hartmanns Ichpsychologie	89
2.7	E. H. Eriksons Identitätskonzept	91
2.8	Exkurs: Sexualität und Masturbation	94
2.9	H. Stierlins Konzept der Delegationsmodi ..	101
2.10	Jugend und Narzißmus - Kohuts Narzißmustheorie	108
2.11	Zusammenfassung	120
3	<u>Spezifische Merkmale der adoleszenten Erlebniswelt</u>	
3.1	Vorbemerkung	124
3.2	Der Ablösungsprozeß	126
3.3	Das Erleben der sexuellen Konflikte	139
3.4	Die psychische Struktur des Jugendlichen	146

4	<u>Die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen</u>	
4.1	Abgrenzung zur Kinder-und Erwachsenentherapie	153
4.2	Das Medium der Therapie	164
4.3	Übertragung bei Jugendlichen	175
4.4	Der therapeutische Prozeß	187
4.5	Qualifikationen und Persönlichkeitsaspekte des Therapeuten hinsichtlich der Therapie mit Jugendlichen	
4.5.1	Vorbemerkung	215
4.5.2	Realisierung von Empathie	217
2.5.3	Gegenübertragung in der Therapie mit Jugendlichen	226
2.5.4	Der Therapeut als "Mentor"	236
	Quellennachweis	241

"Wissen ist nicht immer gleichbedeutend mit Verhindernkönnen, aber immerhin haben wir die Dinge, die wir wissen, wenn auch nicht in der Hand, so doch im Kopf, wo wir sie nach Belieben einordnen können, und das gibt uns dann die Illusion einer gewissen Macht über sie."

Marcel Proust

O Einleitung

Psychotherapie mit Jugendlichen wird gemeinhin als besonders problematisch - bishin zu unmöglich - angesehen. In dieser Arbeit - sie ist das Ergebnis langjähriger therapeutischer Praxis mit Jugendlichen - soll versucht werden, die Möglichkeit von - im weitesten Sinne - psychoanalytisch orientierter Jugendtherapie aufzuzeigen.

Neuland wird hier insofern betreten, als Jugendtherapie nicht das Muster der klassischen Therapiemethoden und -techniken übernehmen, sondern allenfalls sich an ihnen orientieren kann. Meine Hauptthese ist, daß aufgrund der Besonderheiten der jugendlichen Erlebniswelt die therapeutische Arbeit auf zwei Ebenen zu erfolgen hat: es sollen Möglichkeiten zur Bewältigung sowohl von inneren (z.B. Identitätsfindung) als auch äußeren Konflikten (z.B. Loslösung vom Elternhaus) erarbeitet werden.

Die für das weitere Verständnis und die Einschätzung notwendigen Voraussetzungen sollen kurz vorgängig dargestellt werden, ohne daß deren Berechtigung schon problematisiert und begründet wird.

Erstens: Meine 'klinische Position' ist die der Psychoanalyse einschließlich der neueren Entwicklungen, besonders von Kohut. Andere Therapieschulen (Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie) werden nur insoweit behandelt als sie zur Verdeutlichung der eigenen Position dienen.

Zweitens: Die kritische Introspektion des Therapeuten ist m. E. bisher zu wenig beachtet worden. Gerade aber die therapeutische Arbeit mit Noch-nicht-Erwachsenen,

deren Werte und Normen sich erst herausbilden, erfordert vom Therapeuten eine kritisch-reflektierende Haltung gegenüber eigenen Werten und Normen. Von daher liegt ein Schwerpunkt dieser Arbeit in der Behandlung von relevanten Persönlichkeitsaspekten, die ein Therapeut für die Therapie mit Jugendlichen mitbringen sollte.

Drittens: Die hier dargestellten Ergebnisse sind ein vorläufiges Fazit meiner klinischen und therapeutischen Praxis. Daraus ergeben sich Konsequenzen hinsichtlich der Begründbarkeit und damit der Gültigkeit und Generalisierbarkeit der hier aufgestellten Thesen.

Die Kasuistik einer sechsjährigen klinischen Praxis kann quantitativ nicht genügend Belege liefern für eine endgültige Absicherung der hier diskutierten Ergebnisse.

Daraus ergab sich die Notwendigkeit, an manchen Punkten zusätzliches "Material" heranzuziehen, nämlich literarische "Produktionen", die zwar nicht klinische Authentizität besitzen, wohl aber die Plausibilität mancher Thesen verdeutlichen.

Viertens: Aus der Vorläufigkeit des Fazits ergibt sich weiterhin, daß die Behandlung von klinischen Details gegenüber einem Gesamtüberblick über Probleme von Jugendtherapie zurücktreten mußte.

Dies sind die Bestimmungsstücke für den Gesamtcharakter und die Funktion dieser Arbeit. Sie läßt sich nicht an Kriterien der 'harten' Wissenschaft bemessen; vielmehr sollte sie verstanden werden als Orientierungsrahmen für die therapeutische Arbeit - aber auch der klinischen Forschung - mit Jugendlichen. Nicht rationalistisch übersteigerte Ansprüche an interner Validität waren für diese Arbeit maßgeblich, sondern der erst in groben Zügen nachzeichenbare Weg zum Erfolg mit der Therapie mit Jugendlichen.

Zur Bedeutung der Persönlichkeits des Therapeuten
im therapeutischen Prozeß

"Nicht irgendwelche objektive Vollkommenheit
ist das Ziel, sondern das subjektive Bewußtsein,
daß ich es besser auf keinen Fall machen konnte"

Thomas Mann

1. 1 Vorbemerkung

Im allgemeinen wird der Persönlichkeit des Therapeuten - in allen Therapieschulen - für das erfolgreiche Gelingen der Therapie ein hoher Stellenwert zugemessen.

Es scheint ein Konsens in den unterschiedlichen Therapie-richtungen zu herrschen, die Subjektivität, die Persönlichkeit des Therapeuten für das erfolgreiche Gelingen einer Therapie verantwortlich zu machen.

Allein die triviale Tatsache, daß es auch in der Berufsgruppe der Psychotherapeuten erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapeuten gibt, läßt die Frage aufkommen, was einen erfolgreichen Therapeuten ausmacht?

Es stellt sich also die Frage, welche Kriterien ein fähiger erfolgreicher Therapeut realisieren muß, was die Fähigkeiten und Fertigkeiten sind, die einen guten Therapeuten von einem schlechten, nicht erfolgreichen Therapeuten unterscheiden?

Ist es die Motivation, helfen zu wollen? Ist es eine bestimmte Einstellung und Haltung, die der Therapeut gegenüber den Klienten haben muß? Ist es seine Intellektualität, ist es seine Brillianz, mit der er bestimmte Techniken und Methoden beherrscht? Wie weit spielt die oft in die Diskussion gebrachte klinische Erfahrung hierbei eine Rolle, und wenn ja, was bedeutet die klinische Erfahrung im einzelnen?

Ist es nur die Summierung erfolgreich abgeschlossener Fälle, oder eine nicht mehr an Dritte vermittelbare personengebundene Erfahrung (Fürstennau 1972). Letztlich erhebt sich die Frage nach der Persönlichkeitsstruktur eines "guten" Therapeuten.

Noch komplizierter wird das Problem, wenn wir uns das Tätigkeitsfeld des Therapeuten näher anschauen. Es besteht ja ein erheblicher Unterschied, in der Fähigkeit und letztlich in der Persönlichkeit des Therapeuten, ob er etwa mit Kindern und Jugendlichen, oder mit Erwachsenen arbeitet, ob er im psychiatrischen Bereich tätig ist, inwieweit er mit Unterschichtklientel arbeitet, oder ob er bevorzugt mittelständische Patienten behandelt, und letztlich, welche Formen psychischer Störungen (Psychosen oder Neurosen) er therapiert.

Im Rahmen der vergleichenden Psychotherapieforschung liegen einige empirische Befunde zu diesem Fragenkomplex vor. Am bekanntesten sind die Untersuchungen, in denen die Therapieerfolge von Laientherapeuten denen von ausgebildeten Psychotherapeuten gegenübergestellt werden.

Es wurde hier (Meltzoff & Kornreich 1970) empirisch nachgewiesen, daß Laien, die durch psychotherapeutische Trainingskurse angelernt wurden (Hausfrauen, Krankenschwestern und Studenten) bei einer gewissen Klientel genauso erfolgreich, teilweise sogar erfolgreicher waren, als Psychotherapeuten mit einer abgeschlossenen Ausbildung. Die Autoren gehen hier von der Annahme aus, daß der Erfolg der Therapie nicht notwendigerweise von der Fachausbildung abhängt. Vielmehr wird für den Therapieerfolg die Persönlichkeit und allgemeine Le-

benserfahrung des Therapeuten bzw. des Laientherapeuten verantwortlich gemacht. Was diese Lebenserfahrung, die den Therapeuten befähigt, erfolgreich zu therapieren, genau ist, wird allerdings nicht näher ausgeführt.

Hohe Motivation, Unbefangenheit gegenüber dem Klienten auf der Seite des Therapeuten, der Wegfall von Angst vor Autorität auf Seiten des Klienten, werden als mögliche Gründe für den Erfolg von Laientherapie vermutet.

Neben weiteren Untersuchungen, die sich mit den Therapeutenmerkmalen, wie klinische Erfahrung (H.Strotzka (Hrsg.) 1978) Ausbildung, Geschlecht und sozialen Status befassen, gibt es auch einige Arbeiten, in denen auf Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten im engeren Sinne eingegangen wird.

Freisein von Statusdenken, Bereitschaft zur Selbsteinsicht, reife heterosexuelle Kontakte, sind einige geforderte Eigenschaften des idealen Therapeuten, die sich angeblich günstig auf den Verlauf der Therapie auswirken (ebd).

Schaut man sich Untersuchungen zur Persönlichkeit des Therapeuten an, so bleiben die Ergebnisse wenig aussagekräftig und sehr dürftig.

Die empirischen Untersuchungen, die im Rahmen des Rogerischen Ansatzes zu den Therapeutenvariablen gemacht wurden, bilden eine gewisse Ausnahme. Ich werde bei der Diskussion über die GT ausführlich darauf eingehen.

S.R. Graupe (1978, S. 50) kommt abschließend nach einer bibliographischen Übersicht zu diesem Thema zu dem Ergebnis, daß "die Bedingungen die durch individuelle Ausprägung etwa von Status, Persönlichkeits- und Verhaltenseigenschaften der Therapeuten gesetzt werden, verhältnismäßig spärlich untersucht und kaum in die Theoriessysteme eingebaut wurden."

Auch M. Hartig (1975, S. 29) kommt bei der Diskussion über die Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten zu einem ähnlichen Ergebnis. "Welche persönlichen Charakteristika des Therapeuten im einzelnen für den Erfolg seiner therapeutischen Bemühungen entscheidend sind, ist noch genauer zu untersuchen. Bisherige Forschungsarbeiten zu diesem Variablenbereich haben noch keine einheitlichen Befunde erbracht."

Der Grund, warum die Ergebnisse so unbefriedigend bleiben, liegt meines Erachtens an einer zu allgemeinen und unspezifischen Fragestellung und in dem Fehlen eines allgemeinen persönlichkeits-theoretischen Konzeptes, daß für alle Therapieformen - bzw. Schulen - gültig wäre.

Die Frage nach der Relevanz der Persönlichkeit des Therapeuten wird ja durchaus in den verschiedenen Therapieschulen, wenn auch eher implizit als explizit in Ansätzen beantwortet. Bekanntermaßen haben die unterschiedlichen Therapierichtungen unterschiedliche wissenschaftstheoretische Voraussetzungen und somit unterschiedliche anthropologische Vorstellungen, die sowohl das Menschenbild des Patienten als auch des Therapeuten betreffen. Will man aus allen therapeutischen Schulen übergeordnete Therapeutenvariablen extrapolieren, so ergibt sich die methodische Schwierigkeit, unterschiedliche und sogar teilweise sich

widersprechende Aussagen zu vereinbaren.

Der so gewonnene Konsens kann dann - was nicht anders zu erwarten ist - nur sehr minimal sein.

Schauen wir uns daraufhin die einzelnen Therapieschulen - bzw. Richtungen näher an.

In der Psychoanalyse ist es Voraussetzung, daß der Therapeut selbst analysiert worden ist, sich etwa über seine Motive, warum er Therapeut werden will, bewußt wird. Schließlich muß er aber die psychoanalytische Technik und Methode an sich selbst erfahren haben. Selbsterkenntnis als Assimilation von unbewußten Erlebnisanteilen ist das Wesentliche, was der psychoanalytische Therapeut realisieren muß.

In der Gesprächspsychotherapie muß der Therapeut, will er qualifiziert nach seiner Methode arbeiten, über die geforderten psychotherapeutischen Kernvariablen (Reflexion der Gefühle, unbedingte Wertschätzung der Klienten und Echtheit (Kongruenz) im hohen Maße verfügen. Allein diese therapeutischen Variablen kann sich der Therapeut nur in der Praxis - in der Regel unter Supervision - aneignen.

In der Verhaltenstherapie muß der Therapeut neben der Motivation, helfen zu wollen, in erster Linie über eine umfassende Anzahl von Techniken und Methoden aus dem Repertoire der Verhaltensmodifikation verfügen. Die Persönlichkeit des Therapeuten spielt hier insofern nur eine Rolle, als der Therapeut in der Lage ist, die ihm zur Verfügung stehenden Methoden und Techniken sinnvoll ein-

zusetzen. Dies lernt er in der Regel erst in der Praxis unter Supervision.

Gemeinsam ist allen diesen hypothetischen Therapeuten unterschiedlicher Richtung die mehr oder weniger starke Motivation helfen zu wollen und die Verfügbarkeit über ein gewisses Repertoire an - recht unterschiedlichen - therapeutischen Techniken und Methoden.

Weiter ist es für den praktisch arbeitenden Therapeuten unerlässlich, sich die jeweilige Therapieform nicht nur theoretisch anzueignen, sondern er muß sie in der Regel an sich selbst erfahren haben (Eigenanalyse). Wenn dies nicht in der Ausbildung vorgesehen ist, so muß er zumindest in der praxisbegleitenden Supervision die Methoden und Techniken erwerben.

Der Therapeut muß also, welcher Therapieschule er sich auch immer verpflichtet fühlt, die jeweilig zugrundeliegende Theorie sowie die daraus folgenden Techniken und Methoden akzeptieren und von ihrer Wirksamkeit überzeugt sein. Das heißt aber auch, er übernimmt damit die anthropologischen Voraussetzungen (Holzkamp), die der jeweiligen Therapierichtung zugrunde liegen. Was dies für die Persönlichkeit des Therapeuten der entsprechenden Therapierichtung bedeutet, wird in der Diskussion der unterschiedlichen Therapieschulen im einzelnen herausgearbeitet.

Ich gehe von der Annahme aus, daß dem therapeutischen Prozeß zwei große Wirkungsvariablen zugrunde liegen, die Persönlichkeit des Therapeuten sowie die Therapietechnik und -methode.

Nun sind diese beiden Wirkungsvariablen, Therapeut oder besser die Subjektivität des Therapeuten und die Therapietechnik und -methode schwer, bzw. kaum zu trennen,

Andererseits läßt sich aber die eine Variable (die Subjektivität des Therapeuten) nicht einfach auf die andere Variable (therapeutische Technik und Methode) reduzieren.

Methodisch und aus Gründen der Darstellung ist es daher zulässig, diese beiden Wirkungsvariablen getrennt zu behandeln.

Dies wird dann auch besonders in den Arbeiten zur vergleichenden Psychotherapieforschung so gehandhabt. (M. Hartig 1975, S. 26ff und H. Srotzka (Hrsg.), 1978, S. 24ff).

Da ich mich hier hauptsächlich mit der Persönlichkeit des Therapeuten beschäftige, und wie schon oben gesagt, die jeweiligen Therapievariablen nicht einfach vom Therapeuten zu trennen sind, sondern vielmehr zum integralen Bestandteil seiner Persönlichkeit geworden sind, werde ich mich nur auf die Therapievariablen im Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Therapeuten befassen.

Ich beschränke mich auf die Arbeiten bzw Ansätze die hierzu in der Gesprächspsychotherapie und vor allem der Psychoanalyse vorliegen.

Auf andere Therapieschulen, bzw. Richtungen, wie etwa die Gestalttherapie, Psychodrama oder die verschiedenen Formen der Familientherapie, gehe ich hier nicht näher ein. Die Therapeutenvariablen, bzw. Fähigkeiten, die der Therapeut zu realisieren hat und über die er verfügen sollte, unterscheiden sich nur unwesentlich von den hier diskutierten, da all diese Schulen mehr oder weniger auf den psychoanalytischen oder humanistisch-psychologischen Ansatz zurückzuführen sind.

Auf den verhaltenstherapeutischen bzw. behavioristischen Ansatz werde ich nicht weiter eingehen.

Die wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen und damit die anthropologischen Vorstellungen der Verhaltenstherapie bzw. des Behaviorismus lassen die Frage nach der Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten erst gar nicht als ein Problem auftauchen. Eine elaborierte Persönlichkeitstheorie, die sowohl auf den Klienten als auch auf die Subjektivität des Therapeuten angewandt werden könnte, fehlt. Persönlichkeitstheoretische Vorstellungen sind in der VT durchaus vorhanden, sie beziehen sich jedoch in der Regel nur auf den Klienten.

Für das Gelingen der Therapie ist allein und ausschließlich die jeweilige therapeutische Methode und Technik ausschlaggebend.

Der Therapeut tritt sozusagen nur als eine vermittelnde Instanz auf, dessen Aufgabe es ist - entsprechend der Symptomatik bzw. dem Fehlverhalten - die adäquate Technik und Methode zur Verfügung zu stellen.

Damit wird letztlich die Funktion des Therapeuten darauf reduziert, die brauchbarste Technik und Methode zu finden.

Selbstreflexion im Sinne des Hinterfragens der eigenen Subjektivität, der eigenen Persönlichkeit in bezug auf den therapeutischen Prozeß bzw. die therapeutische Arbeit überhaupt, ist nicht denkbar.

Allerdings setzt Wolpe beim Therapeuten ein gewisses Maß an Kritikfähigkeit bzw. Selbstkritik voraus, die sich aber nur darauf beschränkt, sich eingestehen zu können, die falsche Wahl in bezug auf Technik und Methode getroffen zu haben.

1. 2 Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie

In der Gesprächspsychotherapie, bzw. der klientenzentrierten Psychotherapie, wie die von Rogers entwickelte Therapieform auch im angelsächsischen Sprachbereich bezeichnet wird, wird die Bedeutung bzw. die Rolle des Therapeuten im Vergleich zu anderen Therapieschulen am ausführlichsten diskutiert.

Dies liegt daran, daß in den drei therapeutischen Kernvariablen (Tausch 1973, Minsel 1974) VEE (Verbalisieren von Erlebnisinhalten, Empathie sowie Echtheit oder Selbstkongruenz) die eigentlichen Wirkungs-faktoren des therapeutischen Prozesses gesehen werden.

In den neuen Arbeiten zur klientenzentrierten Psychotherapie, werden die therapeutischen Variablen, bzw. die Einstellungen des Therapeuten jedoch leicht anders akzentuiert dargestellt. Rogers (1975) beschreibt drei Einstellungen, die der Therapeut realisieren sollte: 1. Präzises einführendes Verstehen/Empathie, 2. Wertschätzung oder bedingungs-freies Akzeptieren und 3. Echtheit oder Selbstkongruenz. Dieser letzten Einstellung mißt er den höchsten Stellenwert zu. (Rogers 1974). Für Rogers ist die Variable Echtheit/Selbstkongruenz den anderen übergeordnet. Warum Rogers dies so sieht, darauf werde ich später bei der Diskussion dieser Therapeutenvariable eingehen.

Einerseits geht man in der GT von der Annahme aus, daß die geforderten Therapeutenvariablen in der Ausbildung grundsätzlich für jeden erlernbar sind. Die Ausbildung ist

dementsprechend (Theoriekurse, Fallkontrollseminare unter Supervision etc.) konzipiert. Andererseits betont vor allem Rogers immer wieder, daß es sich bei den Therapeutenvariablen Empathie/Präzises einfühlen-des Verstehen, Wertschätzung oder bedingungsloses Akzeptieren und Echtheit/Selbstkongruenz nicht um bloß gelerntes Verhalten handelt, sondern, daß damit eher bestimmte Einstellungen, bzw. besondere Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten gemeint sind, über die er im wesentlichen schon zu Beginn der Ausbildung verfügen sollte.

Im folgenden sollen die einzelnen Therapievariablen genauer betrachtet werden.

Die Therapeutenvariable Verbalisieren von emotionalen Erlebnisinhalten (Tausch 1973), auch reflecting of feeling (Rogers 1942, 1951) wird in den neueren Arbeiten zur klientenzentrierten Therapie nicht mehr als eine eigenständige Variable behandelt. Ich gehe aber trotzdem darauf ein, weil - nicht zuletzt auch in der Ausbildung - dem Verbalisieren v.e.E. weiterhin eine bedeutende Rolle zugemessen wird.

Zudem scheint diese Kernvariable besonders für empirische Untersuchungen geeignet und wurde auch in der GT-orientierten Psychotherapieforschung am häufigsten empirisch untersucht (Minsel 1973, Truax 1962). Tausch (1973 S. 79) definiert das Verbalisieren emotionaler Erlebnisse in Anlehnung an Rogers folgendermaßen.

"Der Psychotherapeut (sollte) die vom Klienten in seiner jeweiligen Äußerung enthaltenen persönlich-emotionalen Erlebnisinhalte, z.B. Gefühle, gefühlsmäßige Meinungen usw., akkurat vom inneren Bezugspunkt des Klienten (Rogers: internal frame of reference) wahrnehmen (...) und dem Klienten in einfach verstehbaren Äußerungen das derartig Verstandene kommunizieren."

Wie sieht nun dieses Reflektieren der Gefühle genauer aus? Damit ist nicht eine deckungsgleiche Widerspiegelung der Gefühle und Empfindungen seitens des Therapeuten gemeint. Dies käme einer bloßen Wiederholung der Äußerungen des Klienten gleich.

Der Klient würde sich, bei solch einer bloß mechanistischen Reflexion seiner Gefühle und Gedanken - und dies zurecht - nicht verstanden, nicht ernstgenommen fühlen.

Bei der Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte sollte bzw. muß daher der Ansatz einer Interpretation vorhanden sein. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, damit der Prozeß der Selbstexploration beim Klienten vonstatten gehen kann.

Die Therapeutenäußerung muß spontan und in der Regel sofort auf die Klientenäußerung erfolgen. Dies ist eine notwendige Voraussetzung für ein adäquates Verhalten des Therapeuten. Ein zu langes Überlegen, ein Suchen des Therapeuten nach der richtigen Formulierung würde beim Klienten eher Unsicherheit erzeugen.

Der Klient würde den Therapeuten als inkompetent und unsicher erleben. Der Therapeut muß also über ein hohes Maß an Spontaneität verfügen

Es ist offensichtlich, daß die hohe Treffsicherheit richtiger spontaner Therapeutenäußerungen dem Ausprägungsgrad der Empathie des Therapeuten geschuldet ist.

Unter diesem Aspekt wird es auch verständlich, warum in der neueren Literatur zur klientenzentrierten Psychotherapie die Variable Verbalisieren von emotionalen Erlebnisinhalten als eine eigenständige Variable zurück-

tritt und die Empathie bzw. die empathische Fähigkeit des Therapeuten als die übergeordnete Variable verstanden wird. Bevor ich jedoch auf diese Kernvariable eingehe, noch einige Überlegungen zum Inhalt und zum Grad der Interpretation.

Die optimale Verbalisation seitens des Therapeuten beinhaltet zwei Vorstellungen vom Klienten: Erstens, der Klient braucht Denkanregungen, wenn auch nur minimale (Verbalisieren des inhaltlichen Aspekts) und zweitens, der Klient ist sich über seine Gefühle nicht im klaren (Verbalisieren des emotionalen Aspektes). Beide Aspekte soll der Therapeut in leicht nuancierter Form widerspiegeln.

Die Interpretationen, die der Therapeut im Rahmen der Verbalisation anbietet, bzw. anbieten sollte, dürfen also nur eine bestimmte Tiefe haben, dürfen sich nur in einer begrenzten Bandbreite bewegen. Zum einen sollte der Therapeut nicht zu sehr über den vom Klienten formulierten Inhalt hinausgehen (nondirektives Vorgehen), und zum anderen sollte der Therapeut die subjektive Befindlichkeit des Klienten so gut wie möglich reflektieren und sie damit dem Klienten verdeutlichen. (Verbalisieren von emotionalen Erlebnisinhalten). Der Interpretation sind hiermit enge Grenzen gesetzt. Interpretation wird hier nicht verstanden als ein Deuten von tiefenpsychologischen Zusammenhängen. Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied zur Psychoanalyse. Interpretation beschränkt sich hier auf eine leicht nuancierte Widerspiegelung der Gefühle und Empfindungen des Klienten.

Die Therapeutenvariable positive Wertschätzung, emotionale Wärme, Empathie, umschreibt die Fähigkeit des Therapeuten auf den Klienten eingehen zu können.

Rogers (1975) unterteilt diese Therapeutenvariable noch einmal und unterscheidet die beiden Einstellungen bzw. Variablen präzises einführendes Verstehen, Empathie und Wertschätzung oder bedingungsloses Akzeptieren.

Da diese beiden Einstellungen des Therapeuten annähernd die gleiche Fähigkeit des Therapeuten beschreiben und der Unterschied nur in einer leichten Nuancierung besteht, werde ich beide Einstellungen gleichzeitig behandeln.

Auch diese Variable wurde hinsichtlich der therapeutischen Wirksamkeit empirisch untersucht.

Das optimale Verhalten bzw. die ideale Einstellung gegenüber dem Patienten beschreibt Tausch (1973, S. 117) folgendermaßen:

"Der Psychotherapeut läßt ohne Einschränkung eine nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung und Wärme erkennen. Er hat eine tiefe Achtung vor dem Patienten als einer Person von Wert und vor seinen Rechten als freies Individuum... Der Psychotherapeut sorgt in tiefer Weise für den Klienten als eine Person, unabhängig, welche Wahl des Verhaltens der Klient trifft. .. Der Psychotherapeut ist bereit in gleicher Weise an Freuden und Wünschen wie an Niedergeschlagenheit und Versagen des Klienten teilzuhaben."

Was wird hier vom Therapeuten verlangt? Ist dies verlangte Verhalten des Therapeuten, den Patienten bedingungslos zu akzeptieren, ihn wirklich annehmen zu können, eine bloße Frage der richtigen Aneignung, des guten Willens?

Im Gegensatz zur Therapeutenvariable, Verbalisieren von emotionalen Erlebnisinhalten, scheint diese Therapeutenvariable weniger leicht erlernbar zu sein. Die Realisierung positiver Wertschätzung, Empathie seitens des Therapeuten scheint eher eine Frage der Einstellung des Therapeuten zu sein, über die er aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur entweder im voraus verfügt oder nicht.

Diese Therapeutenvariable ist also in einem viel geringerem Maße erwerbbar wie etwas das Verbalisieren von emotionalen Erlebnisinhalten.

Rogers und auch Tausch sind sich über den engen Zusammenhang von der Fähigkeit, emotionale Wärme, Empathie realisieren zu können und der Persönlichkeit des Therapeuten durchaus bewußt.

Tausch gibt hierauf jedoch nur eine unzulängliche Antwort. Er kommt zu der Schlußfolgerung, daß "heute noch keine Feststellung möglich ist, mit welchen Persönlichkeitsvariablen das Ausmaß der verwirklichten emotionalen Wärme und positive Wertschätzung ... zusammenhängen mag."

Eine Erklärung liefert hingegen Rogers (zitiert nach Tausch, S. 125), "der einen engen Zusammenhang mit operationalen philosophischen Orientierung des Psychotherapeuten annimmt. ... "Our experience in training counselors would indicate that the basic operational philosophy of

the individual (which may or may not resemble his verbalized philosophy) determines, to a considerable extent, the time it will take him to become a skillful counselor." (Rogers 1949) Mit dem Hinweis auf die "philosophische Orientierung, oder einfacher ausgedrückt, die Grundeinstellung des Therapeuten, trifft Rogers sicher einen richtigen Aspekt.

Innerhalb der GT-orientierten Literatur sind dazu dann auch viele sehr ausführliche Arbeiten erschienen. So kommt etwa Fietkau abschließend nach einer bibliographischen Übersicht zur Einstellungsforschung in der Psychotherapie (1977) zu dem nicht unerwarteten Ergebnis, daß eine positive Einstellung des Therapeuten dem Klienten gegenüber einen günstigen Verlauf auf die Therapie hat.

Allein mit dieser Erkenntnis ist die Frage, warum und wie der Therapeut die Variable Empathie, mehr oder weniger gut zu realisieren versteht nicht beantwortet. Das Problem wird hier nur auf eine andere Ebene verlagert, wie kann, bzw. wie soll der Therapeut diese Einstellung realisieren? Die Frage nach dem inneren Zusammenhang von positiver Wertschätzung, Empathie und der Persönlichkeit des Therapeuten kann mit dieser Argumentation anscheinend nicht hinreichend beantwortet werden. Rogers selbst löst dieses Dilemma. Er gibt eine interessante, weiterführende Erklärung. (Rogers 1962, in englischer Sprache, jedoch erst 1977 in deutscher Übersetzung vorliegend, S. 187)

"Ich beginne zu spüren, daß der Schlüssel zum Menschen in den Einstellungen zu suchen ist, denen er bei seinen Eltern begegnet ist."

Hier wird eine überraschende Übereinstimmung mit der neueren psychoanalytischen Auffassung des Kohut'schen Empathie-Begriffes offensichtlich. Auch Kohut (1966,1978) führt die Empathie, die Fähigkeit des empathischen Eintauchens - dieser Begriff ist bei Kohut und Rogers identisch (!!) - auf die frühkindlich erfahrene emotionale Annahme durch die Mutter bzw. durch die Eltern zurück. Kohut geht in seiner Empathiekonzeption jedoch noch weiter und versteht die Empathie im Rahmen seiner Narzißmustheorie als eine Umformung des pathologischen Narzißmus, wobei die Empathie, die Fähigkeit des Einfühlens als ein Resultat einer gelungenen Psychotherapie oder auch eines gelungenen Lebensbewältigungsprozesses bzw. Selbstfindungsprozesses, verstanden wird.

Rogers hat m. E. mit der Therapeutenvariable positive Wertschätzung/Empathie eine wesentliche Kernvariable, über die ein Therapeut verfügen sollte, bzw. müßte erkannt.

Egal welcher Therapierichtung der Therapeut sich auch verpflichtet fühlen mag, die Fähigkeit zur Einfühlung, zum empathischen Eintauchen in die Welt des Patienten/Klienten, bildet die unabdingbare Voraussetzung erfolgreich, therapeutisch arbeiten zu können.

Ich werde im Anschluß, nachdem ich den psychoanalytischen Ansatz zu diesem Thema diskutiert habe, auf die Therapeutenvariable Empathie ausführlich eingehen.

Um zu begreifen, wie schwierig und kompliziert es für den Therapeuten ist, Empathie voll zu realisieren und somit der Diffizilität des Empathiebegriffes oder besser Konzeptes gerecht zu werden, ist es meines Erachtens notwendig und unabdingbar, psychoanalytische Kategorien wie Ab-

wehr, Widerstand und Übertragung bzw. Gegenübertragung, vor allem bezogen auf die Persönlichkeit des Therapeuten, heranzuziehen.

Abschließend möchte ich anhand von zwei Beispielen aus der Literatur den Begriff der Empathie veranschaulichen und ein Stück weit problematisieren. Vor allem möchte ich damit aufzeigen, daß die Realisierung von Empathie in keiner Weise das Problem der Therapiezielfindung löst.

In ironischer Weise veranschaulicht Elias Canetti in dem Roman "Die Blendung" (Wien 1935) einen "idealen" einfühlsamen Therapeuten, und zeigt dabei was Empathie nicht bedeutet.

"Die Kranken behandelte er, als wären es Menschen. Gelduldig ließ er sich Geschichten erzählen, die er schon tausendmal gehört hatte, und zeigte über die ältesten Gefahren und Ängste immer neue Überraschung. Er lachte und weinte mit dem Patienten, der gerade vor ihm saß. ... Da erwarb er, wenn er es noch nicht hatte, spielend das Vertrauen von Menschen, die sich jedem anderen gegenüber hinter ihre Wahngebilde versteckten. Könige redete er untertänigst als Eure Majestät an; vor Göttern fiel er auf die Knie und faltete die Hände. So ließen sich die erhabensten Herrschaften zu ihm herab und teilten ihm Näheres mit. Er wurde ihr einziger Vertrauter, den sie, vom Augenblick ihrer Anerkennung ab, über die Veränderungen ihrer eigenen Bereiche auf dem laufenden hielten und um Rat angingen. Er beriet sie mit heller Klugheit, als hätte er selbst ihre Wünsche, immer ihr Ziel und ihren Glauben im

Auge, vorsichtig verschiebend, Zweifel an seiner Kompetenz äußernd, Männern gegenüber nie autoritär, so bescheiden, daß manche ihm lächelnd Mut zusprachen: schließlich sei er doch ihr Minister, Prophet und Apostel, oder zuweilen sogar der Kammerdiener. Mit der Zeit entwickelte er sich zu einem großen Schauspieler. Seine Gesichtsmuskeln, von seltener Beweglichkeit, passen sich im Laufe eines Tages den verschiedensten Situationen an."

Canetti erkennt hier zwar, daß die Fähigkeit zur Empathie eine wesentliche Eigenschaft eines "guten" Therapeuten bzw. Psychiaters ist, sie bleibt jedoch etwas äußeres (er hatte sich zu einem großen Schauspieler entwickelt). Canetti kann sich also nicht vorstellen, daß die Fähigkeit zum emphatischen Eintauchen (Kohut 1979) in die Welt des Patienten zu einem intergalen Bestandteil der Persönlichkeit des Therapeuten geworden ist.

An einem weiteren Beispiel aus der Literatur, das sich allerdings nicht auf den psychiatrisch-therapeutischen Bereich bezieht, möchte ich veranschaulichen, wie durch blindes vorbehaltloses Akzeptieren und Verstehen des Partners zwar eine Atmosphäre der Wärme geschaffen wird, aber auch mit die Grundlage für eine verhängnisvolle Persönlichkeitsentwicklung gelegt wird.

Joseph Roth beschreibt in dem Roman "Das Spinnennetz" (Berlin 1926), wie die autoritätsfixierte, faschistoide Persönlichkeit Theodor Loses, der Held des Romans, durch bedingungsloses Akzeptieren in der Beziehung seitens seiner Frau, Wärme und Geborgenheit erfährt.

"Ergriff ihn Verlangen nach Wärme - sie wurde ihm. Hier (bei seiner Frau, H.H.) zweifelte niemand an seiner Vollkommenheit. Er klagte am Abend über allzuviel Arbeit. Elsa sagte: "Du bist überlastet". Er hob seine Verdienste hervor. "Du hast ein gutes Auge", sagte Elsa, und hielt er sich für einen Menschenkenner. "Ich liebe den Lenz", sagte Theodor. "Er ist ein treuer Freund", erwiderte Elsa." (s. 115, Ffm 1975)

Roth beschreibt hier, wie Elsa, die Frau Theodor Loses, mit ihrem emphatischen Verstehen durch einfühlsames verbales Eingehen auf ihren Mann vollkommenes Verständnis entgegenbringt, und dadurch den emotionalen Rückhalt für seine blutige Karriere in einer faschistischen Diktatur ermöglicht.

Dieses Beispiel zeigt - weitere Beispiele ließen sich anführen - etwa der Film "Aus einem deutschen Leben", über das Leben des Ausschwitz-Kommandanten R. Höss (BRD Kottulla, 1977) - daß das von Rogers geforderte Erleben emotionaler Wärme und Geborgenheit, allein noch nicht das Gute im Menschen (Rogers) wachsen und sich entfalten läßt.

Die Therapeutenvariable Echtheit/Selbstkongruenz ist, wie oben schon erwähnt, nach Rogers die wichtigste Einstellung, die der Therapeut realisieren sollte.

"Im Augenblick bin ich der Meinung, daß von den drei Einstellungen, die der Therapeut besitzen sollte, Echtheit oder Kongruenz die grundlegende ist." Rogers begründet dies dann folgendermaßen: "Als Therapeut muß ich ein sehr starkes Einfühlungsvermögen erwerben, um die therapeutische "Arbeit" erfüllen zu können. Ein solches Gespür für

für das augenblickliche "Sein" einer anderen Person setzt aber voraus, daß ich diese Person akzeptiere und ihr einige Hochschätzung entgegenbringe. Diese Haltungen sind jedoch nur dann von Bedeutung, wenn sie wirklich sind, und deshalb muß ich in der therapeutischen Begegnung zuallererst integriert und echt sein." (Rogers 1974, S. 139)

Rogers ordnet die anderen beiden Einstellungen bzw. die anderen Therapeuten-Variablen dieser dritten Fähigkeit des Therapeuten "er selbst sein zu können", unter.

Um zu verstehen, was mit dieser Fähigkeit gemeint ist, und warum ihr eine zentrale Bedeutung zukommt, ist es notwendig, auf das von Rogers entwickelte Selbstkonzept einzugehen.

Wie auch bei den beiden vorhergehend besprochenen Therapeuten-Variablen, wurde auch hier eine fünfrangige Schätzskala (Truax 1962) entwickelt,

Auf dem einen Extrem Fehlen bzw. Mangel an Echtheit/Selbstkongruenz "ist (der Therapeut) gegensätzlich im Inhalt seiner Äußerungen und in seinen Stimmungsqualitäten oder seinem nichtverbalen Ausdruck; der aufgeregte Psychotherapeut zum Beispiel stellt mit gespannter Stimme fest, daß er durch den ärgerlichen Gefühlsausbruch des Klienten nicht beunruhigt sei!" (Tausch 1973, S. 130)
Auf dem anderen Extrem erreicht der Therapeut das optimale Maß an Echtheit/Selbstkongruenz.

Stufe V: Der Psychotherapeut ist in freier und tiefer Weise in dem Beziehungsverhältnis er selbst. Er ist offen für Erfahrungen und Gefühle aller Arten, sowohl erfreu-

licher wie verletzender Natur, ohne Spuren von Verteidigung oder Rückzug in Professionalismus. Es mögen gegensätzliche Gefühle da sein, aber diese werden akzeptiert oder erkannt. Der Psychotherapeut ist klar er selbst in allen seinen Äußerungen, ob diese Äußerungen nun persönlich bedeutungsvoll oder schlicht sind. Es ist nicht nötig, daß der Psychotherapeut auf dieser Stufe persönliche Gefühle ausdrückt. Aber es ist klar, wann immer er einfühlendes Verstehen kommuniziert oder wann immer er gar einen Rat oder Interpretation geben sollte oder an Erfahrungen teil hat, daß er in hohem Maße er selbst ist, so daß seine Äußerungen mit seinem inneren Erleben zusammenfallen.'

Die Schwierigkeit bei der Definition dieser Therapeutenvariable besteht nun darin, daß hier ein Persönlichkeitsaspekt - und zwar ein wesentlicher der Gesamtpersönlichkeit - beschrieben wird, der auf den ersten Blick nur schwer zu erfassen ist. Wie ist es, bzw. ist es überhaupt möglich, experimentell, durch Verhaltensbeobachtung festzustellen, ob der Therapeut "wirklich er selbst ist"?

Es ist zwar möglich aus dem Verhalten des Therapeuten bis zu einem gewissen Grad zu beurteilen, ob sich der Therapeut widersprüchlich verhält, ob etwa das verbale Verhalten zum non-verbalen Verhalten in Gegensatz steht und dies als ein Maß für Selbstkongruenz zu definieren. Sollte kein beobachtbarer Widerspruch im Verhalten zu sehen sein, so beweist dies noch lange nicht, daß der Therapeut wirklich er selbst ist. Der Therapeut könnte ja - eine bösertige Unterstellung (?) - das beobachtbare selbstkongruente Verhalten durchaus nur vorspielen und in Wirklichkeit dem Patienten gleichgültig und gelangweilt

gegenüberstehen.

Diese Therapeutenvariable zu operationalisieren, empirisch zu erfassen, erweist sich also als sehr problematisch, wenn nicht als unmöglich. Von experimentell arbeitenden, am Ideal der exakten Wissenschaft orientierten Psychologen wird daher konsequenterweise gefordert, den Selbstbegriff aufzugeben, da er zu ungenau und zu vieldeutig ist.

So kommt etwa D. Kropf in dem Buch "Über die Grundprobleme der Gesprächspsychotherapie" (1976, S. 71) zur Schlussfolgerung: "Es wäre vorzuschlagen, in der Psychologie ohne den Terminus "Selbst" auszukommen, um Mißverständnissen nicht den Weg zu ebnen."

Den Terminus des Selbst aus der Rogerschen Theorie streichen zu wollen, hieße, eines der wesentlichen Fundamente, auf denen die Rogersche humanistische Psychologie fußt, zu eliminieren. Das Therapieziel, der Therapieverlauf, sind mit dem Selbstkonzept zutiefst verknüpft, definieren sich darüber. Selbstentfaltung ist ja das oberste Therapieziel in der klientenzentrierten Psychotherapie. Selbstexploration und Selbsterkenntnis sind die wesentlichen Prozeßvariablen, die der Klient im Laufe der Therapie realisiert. Was bedeutet nun dieses Selbstkonzept, wie ist der Begriff des Selbst inhaltlich zu füllen?

Rogers wählt hierzu eine phänomenologische Betrachtungsweise. Er entwickelt seine Theorie des Selbst aus der therapeutischen Erfahrung, aus den geäußerten Erlebnisinhalten seiner Klienten, während des therapeutischen Prozesses.

Das Selbst begreift Rogers nicht als etwas Statisches, sondern als ein dynamisches Prinzip, das danach strebt, intrapsychisch empfundene Widersprüche zu überwinden.

"Ich gelang zu der Einsicht, daß das Selbstkonzept des Klienten in einer Weise strukturiert ist, die "inkongruent" (im Widerspruch) mit seinem Gesamterleben ist." (Rogers 1979, ebenda)

Der Klient spürt, daß er nicht er selbst ist, daß Teile von ihm abgespalten sind, d.h. Gedanken ,Verhaltensweisen und Empfindungen im Widerspruch dazu stehen, was er wirklich will, wobei er er selbst wäre. Im Verlauf der Therapie gelingt es dem Klienten, abgespaltene Erlebnisinhalte zunehmend zu integrieren. Der Klient kommt so immer mehr "zu sich selbst", er kann sich besser akzeptieren.

Wie kann nun der Therapeut Selbstkongruenz/Echtheit realisieren? Die Antwort darauf kann - der Rogerschen Theorie folgend - nur lauten, der Therapeut hat selber den Prozeß der Selbstfindung in einer Therapie durchlaufen, oder aber er verfügt sozusagen von Anfang an über Echtheit/Selbstkongruenz, weil er als Kind "bei seinen Eltern diese(r) Einstellung begegnet ist." (s. oben, S. 18)

Auch beim Selbstkonzept zeigt sich, wie schon beim Empathiebegriff, wiederum eine verblüffende Affinität zum psychoanalytischen Ansatz von Heinz Kohut (Kohut 1979, Die Heilung des Selbst).

Kohuts Selbstkonzept ist allerdings weit elaborierter. Kohut steht in der Tradition der Psychoanalyse. Die Entfaltung des Selbst wird auch bei ihm als ein dynamischer Prozeß verstanden. In der Psychotherapie ist jedoch die Aufhebung und Integration der fragmentierten Anteile des Selbst nur über den Prozeß der Übertragung möglich und verständlich.

Inwieweit die Selbstkonzepte, die Theorien des Selbst von Kohut und von Rogers auch mit der originären psychologischen Theorie des Selbst von C.G. Jung Affinitäten aufweisen, kann hier nicht diskutiert werden. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es wäre aber sehr interessant und eine lohnende Aufgabe, dieser Frage nachzugehen.

Das Selbstkonzept von C.G. Jung, das ähnlich wie bei Rogers und Kohut erst als Individuationsprozeß im Verlauf der Therapie verständlich wird und inhaltlich ausgewiesen wird, unterscheidet sich durch die religiöse und mythologische Begrifflichkeit jedoch sehr stark von den anderen Selbstkonzepten.

Sowohl bei Kohut, Rogers als auch bei Jung wird das Ideal der Persönlichkeit der Selbstentfaltung letztlich an bürgerlich individualistischen Wertvorstellungen und Ideologien gemessen. Obwohl bei allen drei Autoren damit nicht individuelle Selbstgenügsamkeit, kein bloßes Mit-sich-selbst-

Zufriedensein gemeint ist, sondern für eine gelungene Selbstentfaltung immer auch das Moment der Kreativität und der Kritikfähigkeit mitgedacht wird - ist die Idee der entwickelten Persönlichkeit zutiefst in der humanistischen-bürgerlichen Tradition verwurzelt - bleiben diese Vorstellungen der potentiellen Persönlichkeitsentfaltung letztlich im individuellen privaten Bereich befangen.

In der Rogerschen Psychologie wird das humanistische Prinzip "der Mensch ist gut" nachdrücklich zu obersten Credo erhoben. Dieses uneingeschränkt positiv-optimistische, teilweise recht naiv anmutende Menschenbild, das der Therapeut vom Klienten hat, beschränkt sich im wesentlichen darauf, daß der Klient zu wenig verstanden worden ist und er sich deshalb zu wenig selber kennt.

Allein durch das Erleben einer empathischen Widerspiegelung, in der zwischenmenschlichen Begegnung (encounter), wird nach den Vorstellungen Rogers eine optimale Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit eingeleitet. Diese Entfaltung des Selbst verläuft nach Rogers immer positiv, hin zum Guten im Menschen. Durch eine echte zwischenmenschliche Begegnung, durch die Erfahrung von emotionaler Wärme und Empathie, werden die vorher verschütteten Quellen zur optimalen Persönlichkeitsentfaltung quasi automatisch freigelegt.

Die Notwendigkeit des Einschlusses einer gesellschaftlich politischen und somit ethisch humanistischen Perspektive (Holzkamp) für die inhaltliche Bestimmung einer optimalen Persönlichkeitsentfaltung, einer optimalen Selbstfindung, wird in den Selbstkonzepten von Kohut, Rogers und auch Jung, so differenziert sie auch sein mögen, außer acht gelassen oder aber negativ bewertet.

Besonders in der Psychoanalyse wird die Hinwendung, das Engagement für eine politische Ideologie (egal ob Faschismus oder Kommunismus) durchweg negativ beurteilt und im Rahmen der psychoanalytischen Theorie als eine unbewußte, nicht überwundene Vater- oder auch Mutterfixierung (wie es Euch gefällt) gedeutet.

Auch bei C.G. Jung wird die Hinwendung zu einer politischen Ideologie tiefenpsychologisch als eine Überflutung des kollektiven Unbewußten, was mit einer Aufgabe des Selbst einhergeht, gedeutet.

Ich werde auch hier im Anschluß an die Diskussion des psychoanalytischen Ansatzes, auf das Selbstkonzept zurückkommen. Um den therapeutischen Prozeß inhaltlich als Selbstfindungsprozeß zu füllen, ist es meines Erachtens unabdingbar, psychoanalytische Kategorien heranzuziehen.

1. 3 Der Beitrag der Psychoanalyse

Ich beziehe mich in diesem Abschnitt vorwiegend auf die klassische Freudsche Analyse und die Analytiker, die sich der traditionellen Freudschen Theorie verpflichtet fühlen und diese in Richtung der Ich-Psychologie weiterentwickelt haben.¹

Anders als die GT und VT ist und bleibt die Psychoanalyse ein in sich geschlossenes und immunisierendes System. Dies bedeutet - und dies wird auch immer wieder von Psychoanalytikern so vertreten - daß eine Kritik und eine Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse für den "Außenstehenden", dem psychoanalytischen Standpunkt nach, gar nicht möglich ist. Ich teile diesen Standpunkt nicht. Ich halte es vielmehr als Nicht-Psychoanalytiker für notwendig und unabdingbar, mich gerade mit psychoanalytischen Ansätzen und Überlegungen zur Subjektivität des Therapeuten in Bezug auf meine therapeutische Arbeit auseinanderzusetzen.

In den Therapien mit Jugendlichen, die ich durchgeführt habe, spielt meiner Erfahrung nach besonders das Moment der Übertragung und Gegenübertragung eine bedeutende

1 Auf die historisch früh revidierten Therapieschulen von Jung und Adler, sowie auf später entwickelte abweichende Ansätze etwa von Horney in den USA oder Schulz-Henke in Deutschland werde ich hier nicht weiter eingehen, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Rolle. Nicht zuletzt deshalb erschien es mir notwendig, mich mit der Psychoanalyse intensiver auseinanderzusetzen. Nur hier wird das Problem der Übertragung und Gegenübertragung zum Gegenstand der Diskussion erhoben.

Wie die psychoanalytischen Aussagen zur Subjektivität des Therapeuten besonders in Hinblick auf den Umgang mit der Übertragung und Gegenübertragung, für den therapeutischen Prozeß mit Jugendlichen, so wie ich ihn verstehe, einzuordnen und zu bewerten sind, werde ich im letzten Teil der Arbeit darstellen.

Wenn ich mich mit psychoanalytischen Kategorien beschäftige und diese zum Teil auch auf mich anwende, bedeutet dies jedoch noch lange nicht, daß ich damit gleichzeitig das gesamte psychoanalytische System unkritisch übernehme.¹ Ich gehe allerdings von der Annahme aus, daß bestimmte und zwar wesentliche Bereiche genauer und differenziert zu erfassen sind. Andere Aspekte des therapeutischen Geschehens, etwa der Verlauf bestimmter Lernprozesse beim Patienten bzw. Klienten während der Therapie, sind durchaus mit Begriffen aus den vorher diskutierten Therapieschulen hinlänglich zu erfassen.

Dies bedeutet keineswegs, daß ich damit einem pragmatistischen Eklektizismus das Wort rede, vielmehr ist der therapeutische Prozeß so kompliziert und vielschichtig, daß alle unterschiedlichen Therapieformen, allerdings mehr oder weniger vertieft, bestimmte Aspekte erfassen.

1 Vergleiche dazu den methodischen Ansatz der Reintegration psychoanalytischer Begriffe in die Kritische Psychologie von Ute Holzkamp-Osterkamp (1976).

Ein wesentlicher Unterschied zu den anderen hier besprochenen Therapieschulen besteht darin, daß der Psychoanalytiker selbst eine Analyse (Lehranalyse) gemacht haben muß, eher er andere Patienten therapiert.

Der zukünftige Therapeut muß also die Therapie, die er später praktizieren will, an sich selber erfahren haben.

Die Reflexion über seine Subjektivität bildet mithin über Jahre einen Schwerpunkt im Leben des Lehrkandidaten. Die klassische Psychoanalyse - drei bis fünf Sitzungen wöchentlich über drei bis fünf Jahre - ist meines Erachtens die exklusivste und intensivste Form der Selbsterfahrung und Selbstreflexion¹, die dem Individuum in unserer Gesellschaft zur Verfügung steht.

Allerdings nicht dem durchschnittlichen lohnabhängigem Individuum. Es ist ja eine bekannte Tatsache, daß nur diejenigen für eine Psychoanalyse oder gar Lehranalyse "geeignet" sind, die zum einen ökonomisch privilegiert sind und zum anderen aufgrund ihrer bürgerlichen Sozialisation über ein entsprechendes "Schicksal" verfügen, das für eine Analyse interessant genug ist.

Die Hegemonie der bürgerlichen Kultur (Gramsci) ist so tiefgreifend, daß sie sich bis in die Gesundheitsversorgung nachweisen läßt. Genau so wie der durchschnittlich Werktätige tendenziell von allen anderen kulturellen Bereichen (Musik, Theater, bildende Kunst, Literatur) ausgeschlossen ist, bleibt ihm auch die Psychoanalyse als eine spezifische Form der Selbsterfahrung verschlossen.

1 Bestimmte Formen der künstlerischen, besonders der literarischen Tätigkeit wären hiermit noch vergleichbar: Marcel Proust, der sich sieben Jahre von der Außenwelt abkapselte, um seine Kindheit und Jugend zu rekonstruieren, kommt zu psychologischen Aussagen und Erkenntnissen, die durchaus der Freudschen Theorie ebenbürtig sind.

Das jahrelange Zurückgeworfensein auf sich selbst, auf die individuelle Geschichte und die permanente Aufarbeitung des familiären Hintergrundes, die einhergeht mit einer Regression bis in die früheste Kindheit, haben beim Klienten respektive dem Lehrkandidaten eine extreme Individualisierung zur Folge.

Gleichzeitig eignet sich der zukünftige Psychoanalytiker in der Lehranalyse und den dazu parallel laufenden Seminaren die Psychoanalyse als Theorie an. Dies ist und kann jedoch nie eine ausschließliche akademische Aneignung von Wissen sein, die sozusagen nur über den Kopf läuft, wie es etwa bei der Verhaltenstherapie möglich ist.

Da sich der Lehrkandidat selber in der psychoanalytischen Situation befindet, ist er permanent gezwungen, die psychoanalytische Theorie auf sich selber anzuwenden. Tut er dies nicht, läßt er das psychoanalytische Wissen nicht für sich gelten oder kritisiert er es,¹ so wird dies vom Analytiker als Abwehr interpretiert. Der Lehrkandidat, der zukünftige Psychoanalytiker muß also die Psychoanalyse als Theorie und als Methode bedingungslos akzeptieren und zwar mehr und umfassender als etwa der GT- oder VT-Therapeut. Sicher sind auch Therapeuten anderer Psychotherapieformen von "ihrer" Schule überzeugt. Dies ist, wie schon betont, eine Voraussetzung um erfolgreich arbeiten zu können. Der Unterschied zum Psychoanalytiker besteht jedoch darin, daß dieser die Methode jahrelang an sich selbst erfahren hat, diese auf sich anwendet, anwenden muß. Täte er dies nicht, so würde bzw. könnte er nicht in den Kreis der Analytiker aufgenommen werden.

1 Vergleiche dazu Kappeler/Holzcamp (1977), wo anhand eines konkreten Falles gezeigt wird, wie die Kritik an der Psychoanalyse seitens eines Auszubildenden nicht nur als Abwehr interpretiert wird, sondern letztlich zum Ausschluß von der psychagogischen Ausbildung führt.

Die Psychoanalyse als Theorie und Therapiemethode ist also im Gegensatz zu anderen Therapierichtungen ungleich stärker mit der Persönlichkeit des Therapeuten verschmolzen. Polemisch ließe sich folgender Vergleich formulieren: Der Lehrkandidat schließt sozusagen einen Faust'schen Vertrag mit der Psychoanalyse, mit dem Lehranalytiker als Vertreter der dunklen faszinierenden Mächte Mephistopheles, die da versprechen: "Allwissend bin ich nicht; doch viel ist mir bewußt". Der Lehrkandidat unterschreibt mit seinem Blut die Vertragsbedingungen die Mephisto stellt:

" Ich will mich hier zu deinem Dienst verbinden,
auf deinen Wink nicht rasten und nicht ruhn;
wenn wir uns drüben wiederfinden,
so sollst du mir das gleiche tun."

Der Lehranalysand verpflichtet sich Zeit seines Lebens der Psychoanalyse. Diese Verpflichtung zur Psychoanalyse, die mit der feierlichen Aufnahme in die psychoanalytische Gesellschaft verbunden ist, weist durchaus Ähnlichkeiten mit bestimmten Initiationsriten auf. Diese Verpflichtung ist weniger ein bloßes intellektuelles Akzeptieren einer Theorie - dies ist es sicher auch - sondern vielmehr ein notwendiges Resultat und letztlich Ziel der psychoanalytischen Ausbildung.

Die institutionellen Bedingungen, in denen der Psychoanalyse vermittelt und praktiziert wird, tun ein weiteres, um diesen Mechanismus der "Unterwerfung" zu verstärken.

Die harten und kaum zu durchschauenden Auswahlkriterien der psychoanalytischen Ausbildung bestanden zu haben, sowie die selbst auferlegte erhebliche zeitliche und finanzielle Belastung, erzeugen schon zu Beginn der Lehranalyse die Atmosphäre des Außergewöhnlichen, des Be-

sonderen. Das Gefühl zu haben, zu wissen, endlich dem auserwählten Kreise anzugehören, dem es allein vergönnt ist, die Tiefe der menschlichen Psyche zu erkennen, muß fast zwangsläufig zu einem elitären Bewußtsein führen.

Daß dies nicht immer so ist, also nicht mit absoluter Notwendigkeit so ablaufen muß, widerlegen Beispiele von Analytikern, die kein elitäres, arrogantes Gebären zeigen, dies Problem für sich durchaus selber erkannt haben und auch dagegen aktiv angehen.

Es scheint also mit der Persönlichkeit des Therapeuten, hier des Analytikers zusammenzuhängen, ob er ein elitäres und letztlich unkritisches Bewußtsein entwickelt, oder ob er die hier aufgezeigten immanenten "Gefahren" der institutionalisierten Psychoanalyse erkennt, sich ihnen widersetzen kann und sozusagen "er selbst" bleibt.

Die Frage, wer für das Praktizieren der Psychoanalyse geeignet sei, wurde von Freud erstmals 1910 problematisiert. In der Schrift "Über die Wilde Psychoanalyse" (1910) wandte sich Freud vehement dagegen, daß die Psychoanalyse von Ärzten praktiziert wird, die sich nur ein oberflächliches Wissen darüber angeeignet haben, die Psychoanalyse nur als Theorie kennen und diese an sich selbst nicht erfahren haben. Später¹ spitzte sich die Diskussion auf die Frage zu, ob nur Mediziner oder auch sogenannte Laien - Nichtmediziner - die Psychoanalyse praktizieren sollten.

1 Im Sommer 1927 fand zu diesem Thema in der "Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse" (in Heft 2 und 3 des XIII. Jahrgangs) eine ausführliche Diskussion statt.

Diese Frage wurde innerhalb der psychoanalytischen Bewegung kontrovers diskutiert. Die psychoanalytisch ausgebildeten Ärzte vertraten den Standpunkt, daß nur Mediziner die Psychoanalyse praktizieren sollten. Sie begründeten dies mit dem Problem der Differentialdiagnostik, da nur ausgebildete Mediziner unterscheiden könnten, ob bei einem Patienten eine psychogene oder somatische Erkrankung vorliege.

Freud (Ges. W. XIV, S. 278) entkräftete diese Argumentation, indem er drei Gegenargumente ins Feld führte: "Erstens läßt sich die Vereinigung organische und psychischer Behandlung in einer Hand nicht gut durchführen, zweitens kann das Verhältnis der Übertragung es dem Analytiker unratsam machen, den Kranken körperlich zu untersuchen, und drittens hat der Analytiker allen Grund, an seiner Unbefangenheit zu zweifeln, da sein Interesse so intensiv auf die psychischen Momente eingestellt ist."

In diesem Zusammenhang äußert Freud gegenüber Psychoanalytikern, die die analytische Behandlung den Ärzten vorbehalten sehen wollen, den Verdacht, daß hier "die Macht des Standesbewußtseins" (ebenda, S. 273) im Spiel sei.

Freud vertritt in der Frage der Laienanalyse den eindeutigen Standpunkt, daß es beim Praktizieren in erster Linie auf die eigene Erfahrung mit dem Unbewußten ankommt, somit also letztlich auf die psychoanalytische Ausbildung, wobei es völlig gleichgültig sei, ob der Lehranalysand ein Mediziner oder ein sogenannter Laie ist.

"... Ich lege den Akzent auf die Forderung, daß niemand die Analyse ausüben soll, der nicht die Berechtigung dazu

durch eine bestimmte Ausbildung erworben hat. Ob diese Person nun ein Arzt ist oder nicht, erscheint mir als nebensächlich." (S. 267, Ges.W. XIV).

Die Frage, ob die Psychoanalyse nur von Ärzten oder auch sogenannten Laien praktiziert werden sollte, bringt uns also nicht weiter. Ich komme somit wieder auf die ursprüngliche Frage, nach den inhaltlichen Kriterien, die der Lehranalysand erfüllen sollte, zurück.

Was sind nun diese inhaltlichen Voraussetzungen, denen der Lehranalysand genügen sollte?

Sieht man sich die psychoanalytische Literatur zu diesem Problem an, so überrascht, daß die Aussagen über die Voraussetzungen, die der zukünftige Analytiker erfüllen sollte, nur sehr allgemein und zum Teil widersprüchlich formuliert werden.

So kommt etwa Margarete Mitscherlich-Nielsen (1970, S. 590) nach einer Literatursicht zu dieser Frage zu folgendem Schluß: "Überblicken wir die Literatur, die zu unserem Thema veröffentlicht wurde, so finden wir keine Einigkeit darüber, was als positive Eigenschaften an sich anzusehen wäre."

Dies ist insofern auch nicht weiter verwunderlich, da es ja bei dieser Frage um die Persönlichkeit des Analytikers schlecht hin geht und damit letztlich auch um die eigene Persönlichkeit des Analytikers, der zu diesem Thema Stellung nimmt. Die Psychoanalytiker, die sich hierüber Gedanken machen, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie entscheiden müssen, wer zur Lehranalyse zugelassen wird und wer nicht, werden sich eher aus verständlichen Gründen, als fähige und gute Therapeuten einordnen,

Der Gedanke liegt also nahe, daß die Lehrkandidaten eher am eigenen Persönlichkeitsbild als an irgendwelchen "objektiven" Kriterien gemessen werden.

Freud (1937) formuliert diese Voraussetzung folgendermaßen: (Ges.W. XVI, S. 95)

"Ihre Leistung (die den Kandidaten befähigt, Analytiker zu werden, H.H.) ist erfüllt, wenn sie dem Lehrling die sichere Überzeugung von der Existenz des Unbewußten bringt, ihm die sonst unglaublichen Selbstwahrnehmungen beim Auftauchen des Verdrängten vermittelt und ihm an einer ersten Probe die Technik zeigt, die sich in der analytischen Tätigkeit allein bewährt hat."

Einschränkend fährt Freud jedoch fort:

"Dies allein würde als Unterweisung nicht ausreichen, allein man rechnet darauf, daß die in der Eigenanalyse erhaltenen Anregungen mit deren Aufhören nicht zu Ende kommen, daß die Prozesse der Ich-Umarbeitung sich spontan beim Analysierten fortsetzen und alle weiteren Erfahrungen in dem neu erworbenen Sinn gewendet werden. Dies geschieht auch wirklich, und soweit es geschieht, macht es den Analytiker tauglich zum Analytiker." (hervorh., H.H.) (Freud, Ges.Werke, XVI, ebenda)

Nach Freud wird im psychoanalytischen Prozeß eine bestimmte Eigendynamik in Gang gesetzt, die sich beim Analysanden als ein "Prozeß der Ich-Umarbeitung fortsetzt ." Läßt sich nun der Analysand auf diesen permanent stattfindenden Prozeß ein, so ist er "tauglich zum Analytiker." Hiermit haben wir eine erste inhaltliche - für Freud die wesentliche - Voraussetzung, die der Lehrkandidat erfüllen sollte, herausgearbeitet.

Der Lehrkandidat und vor allem der ausgebildete Analytiker muß bzw. sollte sich also mit seiner Subjektivität aufgrund der Konfrontation mit seinem Unbewußten, die er ja permanent im therapeutischen Prozeß erfährt, immer wieder auseinandersetzen und sich somit weiterentwickeln.

Weiterentwickeln in dem Sinne, indem er unbewußte Anteile assimiliert, die er aufgrund der therapeutischen Arbeit sukzessiv wahrnimmt und erlebt. Da er dies aber selber, isoliert und allein, nur unvollständig realisieren kann, muß er sich selber immer wieder als Analysand in den analytischen Prozeß begeben.

So ist dann auch die Freudsche Forderung "Jeder Analytiker sollte periodisch, etwa nach Verlauf von fünf Jahren, sich wieder zum Objekt der Analyse machen, ohne sich dieses Schrittes zu schämen" (s. 96, ebenda) zwingend und folgerichtig.

Im psychoanalytischen Prozeß geht es also global ausgedrückt um die Aneignung der eigenen Subjektivität, um das Aufarbeiten der individuellen Gewordenheit. Für den Analysanden und noch mehr für den Lehranalysanden bzw. dem ausgebildeten Analytiker gilt der Freudsche Satz wo Es war soll Ich werden.

Das Ziel der Psychoanalyse ist es, daß der Analysand respektive der Lehranalysand bzw. ausgebildete Psychoanalytiker die Struktur seiner Persönlichkeit besser erkennt und so letztlich mit seiner Subjektivität adäquater umgehen kann.

Was bedeutet dies nun für meine Fragestellung, für die Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten im therapeutischen Prozeß? Die Frage scheint sich leicht und eindeutig zu beantworten. Es wäre zu erwarten, ja sogar nahezu selbstverständlich, daß der Analytiker über ein hohes Maß an Selbstreflexion im therapeutischen Prozeß verfügt.

Mehr noch die Fähigkeit zur Selbstreflexion, müßte beim Analytiker aufgrund seiner Ausbildung und Tätigkeit zu einem integralen Bestandteil seiner Persönlichkeit geworden sein.

Dem Analytiker müßte es also klar sein, bzw. er müßte darum bemüht sein, sich darüber Klarheit zu verschaffen, inwieweit er mit seinen unbewußten Anteilen auf das therapeutische Geschehen Einfluß nimmt und somit am therapeutischen Prozeß immer mehr oder weniger selber beteiligt ist.

Die Frage nach der Bedeutung der Persönlichkeit des Analytikers im therapeutischen Prozeß wäre, nach der hier vorgebrachten Argumentation, nicht weiter zu problematisieren. Sie scheint sich im obengenannten Sinne sozusagen von selber positiv zu beantworten.

Sieht man sich jedoch die psychoanalytische Literatur hinsichtlich dieser Fragestellung -wie und in welchem Maße ist die Persönlichkeit des Therapeuten am therapeutischen Geschehen beteiligt- an, so überrascht, daß dieses Problem in der Psychoanalyse lange Zeit nicht auftaucht. Dies legt den Verdacht nahe, daß das Problem der Subjektivität des Therapeuten im therapeutischen Prozeß lange Zeit verdrängt wurde.

Der Therapeut definierte seine Rolle dadurch, daß er sich mit seinen subjektiven Anteilen bewußt aus dem therapeutischen Prozeß heraushielt.

Nicht zuletzt Freud forderte:

"Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affek-

fekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt; die Operation als so kunstgerecht als möglich zu vollziehen". (Ges. VIII, S. 380).

Die hier geforderte Einstellung scheint es dem Therapeuten zu verunmöglichen, sich mit seinen Gefühlen und Affekten auf den Patienten emotional einzulassen. Vielmehr soll nach diesem Beispiel die emotionale, affektive Seite der Persönlichkeit des Therapeuten bewußt nicht ins Spiel gebracht werden. Die von Freud geforderte therapeutische Grundhaltung, die sogenannte "gleichschwebende Aufmerksamkeit" reicht vollkommen für die Analyse aus.

Diese gleichschwebende Aufmerksamkeit, die der Therapeut als Grundregel zu realisieren hat, findet ihre Entsprechung in der freien Assoziation, der Grundhaltung, die der Patient einnehmen sollte.

Der Dialog im analytischen Prozeß findet somit auf einer graduellen unbewußten Ebene statt. Jedoch nicht durchgängig, da der Analytiker in dem Moment der Deutung die unbewußte Ebene verläßt und mit seinem wissenschaftlichen, genauer psychoanalytischen Bewußtsein operiert.

Der Analytiker oszilliert also ständig zwischen unbewußter und bewußter Ebene, oder psychoanalytisch ausgedrückt zwischen Primär und Sekundärprozeß.

Dieses Oszillieren zwischen den beiden Ebenen erfordert von Analytikern zwei sehr unterschiedliche Haltungen, zum einen sollte er empathisch die unbewußten Botschaften verstehen und zum anderen sollte er präzise in wissenschaftlich-psycho-analytischen Kategorien denken, und diese auf den therapeutischen Prozeß anwenden.

Nun kann aber der Analytiker nur insoweit die unbewußten Vorgänge, die sich im Traum, in den freien Assoziationen, der Körpersprache etc. manifestieren, erkennen und analysieren, in welchem Maße er diese bei sich selbst wahrgenommen und erkannt hat.

Freud spricht in diesem Zusammenhang in Anlehnung an W. Steckel von "einem 'blinden Fleck' in der analytischen Wahrnehmung" des Therapeuten, der seiner ungelösten Verdrängung entspricht. (VIII, S. 382).

Dieser blinde Fleck setzt der therapeutischen Arbeit Grenzen.

Jeder Analytiker kommt nur soweit, "als es seine eigenen Komplexe und Widerstände es gestatten." (VIII, S. 108)

Im Chirurgenbeispiel setzt Freud das emotionale Beteiligtsein in Widerspruch zur Fähigkeit der geistigen Konzentration, das Zulassen von Emotionen auf Seiten des Therapeuten wird für den Verlauf des therapeutischen Prozesses störend bewertet.

Es drängt sich der Gedanke auf, ob nicht hinter der Zurücknahme von Emotionen beim Analytiker gerade ungelöste Verdrängungen stehen können.

Freud geht der Frage, wie die Komplexe, die unbewußten Anteile des Analytikers im therapeutischen Prozeß wirken, kaum nach.

Wenn ich mich hier mit der Bedeutung der Affekte des Therapeuten beschäftige, die im therapeutischen Prozeß aktualisiert werden, so ist damit gleichzeitig die Problematik der Gegenübertragung angesprochen.

In diesem Sinne definiert Freud die Gegenübertragung, als er 1910 in dem Vortrag "Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie" darauf erstmalig eingeht. "Wir sind auf die Gegenübertragung aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluß des Patienten auf das unbewußte Fühlen einstellt. (VII, S. 108).

Zwar geht Freud auch noch in den späteren Schriften auf das Problem der Gegenübertragung ein, er bewertet die Gegenübertragung jedoch negativ, da sie sich störend auf den therapeutischen Prozeß auswirkt. So etwa 1915:

"Ich meine also, man darf die Indifferenz, die man sich durch die Niederhaltung der Gegenübertragung erworben hat, nicht verleugnen". (X, S. 313).

Erst durch das Niederhalten der Gegenübertragung, also durch das Zurückdrängen der Gefühle, die gegenüber dem Patienten mobilisiert werden, ist die geforderte indifferente Haltung möglich.

In den "Bemerkungen zur Übertragungsliebe" (1915) spricht Freud sogar von einem Kampf, "den der Analytiker in (seinem) Inneren gegen die Mächte zu bestehen hat, welche ihn (den Analytiker, H.H.) von dem analytischen Niveau herabziehen möchten." (X, S. 320). Auch hier kommt wieder Freuds Auffassung zur Geltung, daß das wissenschaftliche Denken (analytisches Niveau) im Widerspruch zu den archaischen Gefühlen steht, dem der Analytiker aufgrund der Aktualisierung der Gegenübertragung ausgeliefert ist.

Dieses analytische Niveau hat der Therapeut dann erreicht, wenn er quasi wie ein Spiegel fungiert.

Es besteht nun allerdings die Gefahr, daß sich der Analytiker hinter dieser von Freud¹ geforderten indifferenter Haltung wie hinter einem Spiegel versteckt.

"Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysanden sein und wie eine Spiegelplatte nichts anders zeigen, als was ihm gezeigt wird." (GS VIII, S. 384).

Diese hier geforderte Haltung ist insofern notwendig, damit sich der Patient - wie in einem Spiegel - erkennt. Die Spiegelfunktion des Analytikers ist also unbestritten. Gleichzeitig besteht jedoch in dieser geforderten Haltung die Gefahr, daß der Therapeut gleichsam zu einem Spiegel erstarrt und die subjektiven Anteile, mit denen er im therapeutischen Prozeß beteiligt ist, leugnet, nicht mehr gebührend reflektiert.

Für einen Therapeuten mit einer derartigen Haltung ist und bleibt der Patient ein interessanter klinischer Fall, den es gilt messerscharf - wie eben ein Chirurg - zu behandeln.

1 Eine Episode aus Freuds Leben, die sich auf eine gemeinsame Amerikareise mit Ferenczi und Jung bezieht (1908), zeigt, inwieweit Freud bemüht war, seine eigenen Subjektivitäten, sein privates Leben aus seiner therapeutischen wissenschaftlichen Tätigkeit herauszuhalten. "Freud hatte einen Traum, über dessen Problem zu berichten ich nicht befugt bin. Ich deutete ihn, so gut ich konnte, fügte aber hinzu, daß sich sehr viel mehr sagen ließe, wenn er mir noch einige Details aus seinem Privatleben mitteilen wollte. Auf diese Worte hin sah mich Freud merkwürdig an - sein Blick war voll Mißtrauen - und sagte: "Ich kann doch meine Autorität nicht riskieren!" In diesem Augenblick hatte er sie verloren. Dieser Satz hat sich mir ins Gedächtnis gegraben. In ihm lag für mich das Ende unserer Beziehung bereits beschlossen. (Forts.s.nächste S

Aufgrund dieser Einstellung ist der Analytiker geneigt, sich vorrangig auf die psychoanalytische Theorie zurückzuziehen. Er versteht sich in erster Linie als Wissenschaftler, dessen Aufgabe es ist, der psychoanalytischen Theorie, den psa. Wissen folgend, zu interpretieren und zu analysieren.

Jedoch kommt der Analytiker zu den Deutungen gerade eben nicht alleine durch bloße bewußte Reflexion,

Der Analytiker kommt zu s e i n e n Deutungen, indem er auch unbewußt spontan produktiv ist. Voraussetzung dafür ist, daß der Therapeut die Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit realisiert. Wie schon oben erwähnt, wird hiermit nicht zuletzt die Fähigkeit des empathischen Eintauchens in die Erlebniswelt des Patienten beim Therapeuten angesprochen.

Wir stoßen damit wieder auf das schon erwähnte Problem des Oszillierens zwischen primär- und sekundär prozeßhafter Ebene. Das Vorbild des kühl berechnend denkenden Wissenschaftlers im klassischen Sinne trifft also nicht zu.

Freud selbst hat sein Augenmerk, bezüglich des therapeutischen Geschehens fast ausschließlich auf die sekundärprozeßhafte Ebene, d.h. auf die wissenschaftliche Analyse der Psychologie des Patienten gerichtet. Der Ebene der primärprozeßhaften unbewußten Abläufe, die beim Therapeuten im therapeutischen Prozeß zu verzeichnen sind, wurde von Freud - wie schon an einigen Aussagen exemplifiziert - kaum Beachtung geschenkt. Dies ist jedoch die Ebene, auf der die Gegenübertragung beim Therapeuten stattfindet.

1 (Fortsetzung Fußnote)

Freud stellte persönliche Autorität über Wahrheit,“ (C.G. Jung, Erinnerungen, Träume, Gedanken, 1972, S. 162).

Meines Erachtens wird mit der Gegenübertragung der zentrale Punkt zum Verständnis der Persönlichkeit des Therapeuten angesprochen. Es ist dabei von nebensächlicher Bedeutung, inwieweit die Therapie klassisch psychoanalytisch ausgerichtet ist, oder nicht.

Es stellt sich die Frage, warum innerhalb der Psychoanalyse die subjektiven Anteile des Therapeuten, die während des therapeutischen Prozesses beim Therapeuten aktualisiert werden, so lange ausgeblendet wurden, oder anders formuliert, warum die Gegenübertragung lange Zeit nicht explizit zum Gegenstand der Betrachtung erhoben wurde?

Eine wesentliche Ursache besteht sicher darin, daß in der Psychoanalyse - trotz der Annahme, daß auch der Analytiker nicht völlig neurosenfrei ist - davon ausgegangen wurde, daß der Patient als psychisch Kranker vor allem derjenige ist, der das Material aus dem Unbewußten liefert und sich zudem noch der Deutung des Analytikers tendenziell widersetzt (Widerstand). Hingegen gilt der Analytiker, hat er erst einmal eine Lehranalyse durchlaufen als nahezu unfehlbar.

Nur vereinzelt und zögernd wird in der Geschichte der Psychoanalyse die Gegenübertragung diskutiert.

In den "Abhandlungen zu der Psychoanalytischen Technik" (1918) geht Ferenczi auf das Phänomen der Gegenübertragung ein; auch er aber blendet die Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten, respektive die unbewußten Anteile des Therapeuten weitgehend aus.

"Es gehört zum Kapitel "Gegenübertragung", daß auch der Arzt in machen Stunden an den Assoziationen der Kranken vorbeihört und erst bei gewissen Äußerungen des Patienten aufhorcht; das Einnicken für wenige Sekunden kann unter diesen Umständen vorkommen. Die nachträgliche Prüfung führt meist zum Ergebnis, daß wir unbewußt auf die Leere und Wertlosigkeit der gerade gelieferten Assoziation mit dem Zurückziehen der bewußten Besetzung reagierten; beim ersten, die Kur irgendwie angehenden Einfall des Patienten werden wir wieder munter. Also auch die Gefahr, daß der Arzt einschläft und den Patienten unbeachtet läßt, ist gering anzuschlagen. (Einer mündlichen Aussprache mit Prof. Freud über dieses Thema verdanke ich die volle Bestätigung dieser Beobachtung.)"

Der Therapeut fungiert hier als bloßer Reflektor. Die Gegenübertragung wird hier als eine auf die Patienten - Äußerung adäquate "berechtigte" Affektäußerung des Therapeuten reduziert. Dadurch wird ermöglicht, daß sich der Therapeut mit seiner Persönlichkeit heraushalten kann.

Es ist naheliegend, daß dies, hier beispielhaft gebrachte Verhalten des Analytikers, auch anders interpretiert werden kann. So kann das Einnicken, das Einschlafen eine massive Abwehrhaltung des Therapeuten bedeuten, deren Ursachen mangelnde Empathie, Angst, ein Nichtakzeptieren-können des Patienten oder gar Sadismus des Analytikers, wie dies W. Reich beschreibt, sein könnten.

Reich (1933) kommt in der Behandlung der Gegenübertragung zu etwas anderen Schlußfolgerungen als Freud bzw. Ferenczi.

"Der sexuell gestörte oder unbefriedigte Analytiker beherrscht nicht nur seine positive Gegenübertragung schwerer, wo er nicht zur Verdrängung seiner eigenen Regungen greift, er wird auf die Dauer, nach jahrelanger Arbeit die Provokationen seiner eigenen sexuellen Ansprüche durch die sexuellen Äußerungen des Patienten schlecht vertragen und mit Sicherheit in neurotische Schwierigkeiten geraten." (S. 160, Charakteranalyse 1933).

Diese Feststellung kann sowohl für den jungen unerfahrenen, als auch für den älteren erfahrenen Analytiker zutreffen.

"Die Sache reicht noch weiter. Der Analytiker mag selbst leben, wie er es für richtig hält: wenn er unbewußt starre moralische Prinzipien vertritt (hervorgehoben, H.H.), die der Patient immer spürt, also etwa polygames Verhalten oder gewisse Liebesspiele selbst abgelehrt hat, ohne es zu wissen, wird er den wenigsten Patienten voll gewachsen sein, und leicht geneigt sein, dem Patienten irgendein Verhalten als "infantil" vorhalten, das es an sich durchaus nicht zu sein braucht." (ebenda)

Aufgrund der moralischen Vorstellungen des Analytikers, wird ein empathisches Verstehen des Patienten verunmöglicht.

Weiter führt Reich auch sadistische Anteile an, die beim Analytiker im therapeutischen Prozeß wirksam sein können. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Handhabung des "analytischen Schweigens". "Analytiker, die

ihren eigenen Sadismus nicht genügend kontrollieren, verfallen leicht in das berühmte 'analytische Schweigen', ohne daß entsprechende Gründe vorlägen. Sie betrachten nicht die Neurose des Patienten, sondern ihn selbst als Feind, der 'nicht gesund werden will'.“ (ebenda).

Besonders Heinrich Racker¹ beschäftigte sich Ende der 40er und in den 50er Jahren ausführlich mit dem Problem der Gegenübertragung.

Racker geht dabei von der interessanten Fragestellung aus, warum das Problem der Gegenübertragung so spät - und zwar erst vierzig Jahre nach der Entdeckung durch Freud - in der psychoanalytischen Literatur zum Diskussionsgegenstand erhoben wird. Racker kommt zu der Feststellung, daß der Psychoanalytiker sowohl in der Praxis, d.h., während der Therapie, als auch vor allem in der Darstellung der Kasuistik sich in der Regel auf die psychoanalytische Theorie zurückzieht.

Racker weist nach, daß in der Psychoanalyse der Mythos von der Objektivität des Analytikers lange Zeit aufrechterhalten wurde, letztlich sogar zu einem unumstößlichen Dogma erhoben wurde. Dieser Mythos impliziert

1 H. Racker schrieb seine Arbeiten zum Problem der Gegenübertragung von 1948 bis 1954, als Buch wurden sie 1959 in spanisch in Argentinien veröffentlicht. Aber erst 1978 lag das Buch in deutscher Übersetzung vor. Dies mag ein Grund dafür sein, warum sein Ansatz erst so spät im deutschsprachigen Raum diskutiert wurde.

den Gedanken der Ungleichheit von Patient und Therapeut wie dies schon auf Seite 45 angesprochen wurde. Der Patient ist als der Kranke, derjenige, dessen Verhalten, dessen nonverbale und verbale Äußerungen es zu analysieren gilt. Allein den Patienten galt das ausschließliche Interesse in der psychoanalytischen Therapie. Der Analytiker hingegen galt als der Gesunde, dessen Affekte und dessen Verhalten in Bezug auf den therapeutischen Prozeß kaum beleuchtet wurden.

Die psychoanalytische Theorie, das psychoanalytische Wissen, wurde sozusagen ausschließlich nur zur Erläuterung der Neurose des Patienten angewandt.

Racker wendet nun die psychoanalytische Theorie radikal auf den Psychoanalytiker an.

Zwar sagt R. einschränkend, daß die Gegenübertragungsneurose, die der Analytiker im therapeutischen Prozeß entwickelt, nie so stark ausgeprägt ist, wie die Übertragungsneurose des Patienten.

Rackers Hauptthese besagt - und damit betritt Racker in der Psychoanalyse neuen Boden - daß der Psychoanalytiker im therapeutischen Prozeß immer mehr oder weniger stark eigene unbewußte unbewältigte Anteile agiert.

Generell kann man eine negative von einer positiven Gegenübertragung unterscheiden.

Eine negative Gegenübertragung liegt dann vor, wenn der Therapeut den Patienten, bzw. bestimmte Persönlichkeitsaspekte des Patienten, unbewußt ablehnt.

Eine positive Gegenübertragung, wäre etwa in dem Fall gegeben, wenn der Therapeut sich in den Patienten verliebt, dem Patienten aufgrund dieser Tatsache Versprechungen macht, die er letztlich nicht einhalten kann.

Ein derartiges therapeutisches Fehlverhalten, lag in einem mir bekannten Fall vor. Ein achtzehnjähriges gutaussehendes Heimmädchen befand sich in einer akuten Krise und signalisierte ihre Ausweglosigkeit mit Suizidandrohungen und schließlich mit einem Suizidversuch. In dieser Situation machte der Therapeut der Jugendlichen spontan das Angebot, daß sie vorerst vorübergehend bei ihm zu Hause wohnen könne und später eventuell ganz dort bleiben könnte.

Nach Rücksprache mit seiner Partnerin zog der Therapeut das Angebot jedoch wieder zurück. Die Jugendliche reagierte darauf - nicht unerwartet - derart heftig, daß sie in eine psychiatrische Klinik stationär aufgenommen werden mußte.

Der Therapeut war sicher subjektiv bemüht, das beste für die Patientin zu tun.

Die Versprechungen, die der Therapeut gegenüber der Patientin machte, sind, vielleicht in einem unbewußten Wunsch nach einer Tochter oder nach einer Geliebten zu suchen. Augenscheinlich war hier für das Verhalten des Therapeuten nichtgelebte, verdrängte Bedürfnisse (pädagogischer oder erotischer Art) ausschlaggebend.

Durch das Agieren seiner unbewußten Persönlichkeitsanteile erlag der Therapeut sozusagen der positiven Gegenübertragung, die er gegenüber der Jugendlichen aufgebaut hatte. Durch die Nichtbearbeitung dieser positiven Gegenübertragung kam es in diesem Falle zu dem fatalen Ausgang, daß die Patientin in eine psychiatrische Klinik aufgenommen werden mußte.

Von einer negativen Gegenübertragung kann im folgenden Fall gesprochen werden.

Ein 18jähriger Jugendlicher hat im Verlauf der Therapie zum Therapeuten soviel Zutrauen gefaßt, daß er seine geheimen Phantasien, die er gegenüber den Eltern hegt, mitteilt, etwa bestimmte Vernichtungs- und Mordphantasien, die er im Tagtraum durchlebt.

Beim Therapeuten könnten daraufhin Ängste und Befürchtungen mobilisiert werden, die zu einer Ablehnung des Patienten führen. Aufgrund der "paranoiden" Symptomatik, die der Therapeut dem Jugendlichen zuschreibt, kann er eine medikamentöse Behandlung einleiten, und so seine Ängste abwehren.

Der obige Fall ist durchaus nicht hypothetisch, in der alltäglichen jugendpsychiatrischen Praxis vielmehr die Regel.

Es würde zu weit führen, die vielen unterschiedlichen Möglichkeiten, die beim Therapeuten als Gegenübertragung wirksam werden können, aufzuzählen.

Für ein vertieftes Verständnis des therapeutischen Geschehens, ist es notwendig, die Gegenübertragung in einzelne Gegenübertragungsreaktionen aufzuschlüsseln, die während des therapeutischen Verlaufes recht unterschiedlich sein können.

Wir können mithin von einer makroskopischen und einer mikroskopischen Betrachtungsebene der Gegenübertragung sprechen.

Auf der makroskopischen Betrachtungsebene der Gegenübertragung kommen vor allem Persönlichkeitsmerkmale und Eigenschaften des Therapeuten zur Geltung, die zu einem integralen Bestandteil der Persönlichkeit des Therapeuten geworden sind, bzw. diese bestimmen. Der zwanghaft-strukturierte Persönlichkeitstyp wird sich generell im therapeutischen Prozeß anders verhalten, als etwa der schizoid oder etwa der depressiv strukturierte Persönlichkeitstyp. Hier erhebt sich die Frage, ob, und wenn ja, wie sich bestimmte Persönlichkeitstypen ergänzen, wie dies etwa J. Willi (1975) für bestimmte Paarbeziehungen nachgewiesen hat.

Besondere Beachtung verdienen m.E. die Gefühle wie Angst, Sadismus, Omnipotenz und Macht.

Hier wäre zu fragen, ob diese Gefühle und Haltungen teilweise Ausdruck einer bestimmten "deformation professionnelle" (Klaus Horn, 1974) sind, das heißt durch die langjährige psychotherapeutische Tätigkeit mit verursacht werden.

Dies ist letztlich eine Frage nach dem emotionalen Haushalt des Psychotherapeuten; die Frage, kann und wenn ja, wie kann ein Therapeut die tägliche emotionale Belastbarkeit der er jahrelang ausgesetzt ist, standhalten? Ist nicht die Herausbildung von Sadismus ein notwendiger Abwehrmechanismus, oder ist nicht die Entwicklung etwaiger Omnipotenz - und Machtphantasien ein unabdingbares Resultat der therapeutischen Tätigkeit?

Auf der mikroskopischen Betrachtungsebene laufen Gegenübertragungsreaktionen, d.h. kurzzeitige Affektreaktionen des Therapeuten gleichsam als unbewußte Antworten auf die Patientenäußerungen.

Besonders narzißtisch gefärbte Affekte wie Wut, Ärger, Gekränktsein, aber auch archaische Verschmelzungen können hier auftreten. Die Ursachen dieser Gegenübertragungsreaktionen sind in der kindlichen Erfahrung des Therapeuten zu suchen. Aber auch die Vielfalt der ödipalen Übertragungsreaktionen muß in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden.

So kann während einer bestimmten Sequenz des therapeutischen Prozesses, eine verbale oder nonverbale Patientenäußerung vom Therapeuten als früher an Vater, Mutter oder einem Geschwisterteil erlebte Reaktion, wahrgenommen werden.

Auf dieser Ebene gilt es zu fragen, wie und warum der Therapeut bei einer bestimmten Patientenäußerung mit einem bestimmten Verhalten reagiert?

Nur dieses Vorgehensweise ermöglicht es erst, eine "Anatomie", eine Analyse des therapeutischen Geschehens, vor allem in Hinblick auf die Wirksamkeit der unbewußten Anteile des Therapeuten zu entwickeln.

Geht man in der Analyse des therapeutischen Prozesses noch weiter, betrachtet man die kleinste mikroskopisch wahrnehmbare Einheit, so stoßen wir auf den Gegenübertragungseinfall. (Beland, 1980/81)

Unter Gegenübertragungseinfall wird eine spontane, gleichsam intuitive Deutung des Therapeuten verstanden. Hier stellt sich die Frage, warum bei einer bestimmten Patientenäußerung vom Therapeuten diese und keine andere Deutung bzw. Interpretation vorgenommen wurde. Welche Prozesse laufen im Unbewußten des Therapeuten ab?

Hier stoßen wir auf die derzeitigen Grenzen des psychoanalytischen Wissens in Bezug auf die Analyse des therapeutischen Prozesses.

Als Resümee bleibt vorerst festzuhalten, daß in der Beschäftigung mit der Gegenübertragung die, wie aufgezeigt, allerdings sehr spät in der Psychoanalyse als Problem erkannt wurde, der Schlüssel zu meiner Fragestellung nach der Relevance der Persönlichkeit des Therapeuten im therapeutischen Prozeß liegt.

Ich gehe dabei von der Annahme aus, daß die Gegenübertragung unabhängig von der jeweiligen Therapierichtung im therapeutischen Prozeß grundsätzlich wirksam ist und ihr somit für die Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten im therapeutischen Prozeß ein zentraler Stellenwert zukommt.

1. 4 Grundqualifikationen des Psychotherapeuten.

Zum Abschluß der Diskussion werde ich meine Vorstellungen und Überlegungen zur Persönlichkeit des Therapeuten umreißen.

Meine Vorstellungen und Überlegungen zur Persönlichkeit des Therapeuten sind zwar zum Teil das Ergebnis der theoretischen Auseinandersetzung mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen, insbesondere der neueren psychoanalytischen Theorie des Selbst (Kohut), andererseits - und dies sehe ich als wichtigeren Aspekt - sind in erster Linie die folgenden Gedanken und Vorstellungen das Resultat meiner eigenen praktischen psychotherapeutischen Tätigkeit, aber auch - und dies ist kein unwesentlicher Faktor - der Selbsterfahrung, die ich Supervisionsgruppen sammeln konnte.

Nicht zuletzt aufgrund dieser Tatsache schließe ich mich folgender Einschätzung P. Früstennaus an.

"Abstrakten Darstellungen einer Theorie des psychotherapeutischen Feldes und der Behandlungsmethodik kommt nur sehr begrenzt eine steuernde Funktion innerhalb des Feldes der wissenschaftlichen Psychotherapie zu; das psychotherapeutische Erfahrungswissen und Können ist umfangreicher, differenzierter und reflektierter, als dies aus der publizierten wissenschaftlichen Literatur hervorgeht." (1972, S. 437).

Ich will mit diesem Zitat nicht subjektivistischen Mythos das Wort reden. Dahinter könnte sich der Therapeut verstecken, er könnte sich bequem auf sein "persönliches, unausgesprochenes Wissen und Können" (Fürstenau, ebenda) zurückziehen.

Allein hiermit ist gemeint, daß der Therapeut im therapeutischen Prozeß, in der therapeutischen Begegnung evidente Erfahrungen macht, bestimmte Fähigkeiten entwickelt bzw. entwickeln muß, die nur unzulänglich in Wissenschaftssprache formulierbar sind. Aber gerade um diese Erfahrungen und Fähigkeiten des Therapeuten geht es hier.

Wenn ich dennoch versuche, allgemeine Merkmale und Eigenschaften, über die ein "guter" Therapeut verfügen sollte, herauszuarbeiten, so habe ich eben diesen Aspekt der Persönlichkeit des Therapeuten im Auge und schließe mich der Vorstellung der Subjektivität bzw. des Bewußtseins von Subjektivität an, wie es auch von Th. Mann im Leit-
zitat angesprochen wird.

Ich kann hier nicht eine elaborierte Persönlichkeits-
theorie, die unter anderem auch die Persönlichkeit des
Therapeuten umfaßt, entwickeln. Vielmehr gilt es hier
aufzuziegen, daß die psychotherapeutische Tätigkeit beim
Therapeuten notwendigerweise bestimmte Eigenschaften,
Haltungen und letztlich Persönlichkeitsstrukturen er-
fordert.

Es ist dabei, jedenfalls in dieser Diskussion, von sekun-
därer Bedeutung, ob es sich hierbei um Fähigkeiten han-
delt, deren Keime in der Kindheit erworben wurden, die
gleichsam mit in die Wiege gelegt wurden, wie dies die
Psychoanalyse sehen mag, oder ob erst durch die Tätig-
keit die wesentlichen Fertigkeiten und Haltungen ange-
eignet werden, wie dies eine "materialistische" Psycho-
logie sehen würde.

Beide Aspekte dürfen nicht voneinander unabhängig be-
trachtet werden oder gar einseitig verabsolutiert werden.
Im Grunde sind dies nur zwei Seiten der Betrachtung die
eng miteinander verflochten sind. Wenn sich jemand ent-

scheidet, therapeutisch tätig zu sein, so hat dies immer auch etwas mit seiner eigenen Geschichte zu tun. Andererseits können die erfordernten therapeutischen Fähigkeiten, um die es hier geht, nicht allein auf die frühkindlichen Erfahrungen reduziert werden.

Allein hier interessieren die Fähigkeiten, Einstellungen und vor allem bestimmte Aspekte der Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten, die meines Erachtens die unabdingbare Voraussetzung bilden, um den therapeutischen Prozeß erfolgreich gestalten zu können.

Diese Grundvoraussetzungen sind - und dies ist das Fazit aus der geführten Diskussion - die Realisierung der Empathie, die Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung und als der übergeordnete Faktor die Realisierung des Selbst.

Unter Empathie, oder genauer der Fähigkeit zur Empathie, verstehe ich in Anlehnung an Kohut und Rogers die Fähigkeit, zum einfühlsamen Eintauchen in die Erlebniswelt des Patienten.

Was ist nun diese empathische Fähigkeit genauer? Ist dies eine bloße Einstellung, die der Therapeut sich willentlich aneignen kann, indem er sich sozusagen vornimmt, den Patienten zu verstehen?

Daß dies nicht gemeint sein kann, zeigt die alltägliche Erfahrung. Das Aneinander-vorbeireden, das Gelangweiltsein, Ermüdetsein im Gespräch ist eine Erfahrung, die jeder und nicht nur derjenige der therapeutisch tätig ist, schon einmal gemacht hat.

Allein der willentliche Vorsatz (Lewin 1927) verstehen zu wollen, reicht nicht aus, ein vertieftes Verständnis über längere Zeit realisieren zu können.

Wirklich empathisches Verstehen, bzw. empathisches Eintauchen in die Erlebnisswelt des Klienten, erfordert mehr als den willentlichen Vorsatz.

Optimales empathisches Verständnis wäre gegeben, wenn der Therapeut über annähernd gleiche Erfahrungen wie der Patient verfügt. Erst dann wäre es dem Therapeuten möglich, die Erlebnisswelt des Patienten sozusagen total zu verstehen. Folgendes Beispiel soll dieses Problem verdeutlichen.

Ein Reisender kommt in eine für ihn völlig andere Kultur, etwa nach Schwarzafrika. Dort versucht er die Menschen, die Gebräuche, die Kultur durch Beobachtung und sinnliche Anschauung zu erfassen, zu verstehen. Auch durch den Vorsatz, bewußt die Reize intensiv auf sich einwirken zu lassen wird dem Betreffenden, trotz bewußter Vorsatzhandlung, nur ein partielles Erleben der Kultur ermöglichen. Er bleibt, weil er von Kultur und Sprache ausgeschlossen ist, ein Fremder.

Ein annäherndes Eintauchen in die fremde Kultur und Verstehen wird nur, und dies immer nur tendenziell, möglich sein, wenn der Betreffende die Sprache erlernt und versucht, die Kultur zu assimilieren. Dieser Prozeß dauert Jahre. (Siehe dazu etwa Castaneda 1975, oder G. Devereux 1974) Ich habe dieses extrem anmutende Beispiel gewählt, weil eine empathische Annäherung in die Erlebnisswelt des Patienten nicht unähnlich ist.

Auch hier gilt es ja sich einer dem Therapeuten zunächst völlig fremden Welt des Klienten anzunähern und darauf einzulassen.

Der Sachverhalt ist hier jedoch ungleich komplizierter, ist doch dem Patienten in der Regel seine Erlebniswelt nur teilweise bewußt. Er teilt seine Empfindungen zwar durch Sprache mit, aber nicht allein. Um das Erleben, die persönliche Dramatik zu schildern, gebraucht er zusätzlich Bilder, Symbole, Träume, Körpersprache.

Sowohl die verbalen, als auch die nonverbalen Äußerungen des Patienten - dies trifft besonders zu Beginn der Therapie zu - müssen eher als Umschreibungen und Annäherungen an die zum Teil noch unbewußte Erlebniswelt des Patienten verstanden werden.

Nichtgelebte und abgespaltene Erlebnisanteile in Form von primären Affekten wie Wut, Enttäuschtsein, Trauer etc. werden im Verlauf der Therapie hinter den verbalen, wie nonverbalen Äußerungen immer sichtbarer.

Um nun die Erlebniswelt des Patienten/Klienten empathisch verstehen zu können, ist die erste Voraussetzung, daß der Therapeut das breite Spektrum der Ausdrucksformen des Klienten sensibel wahrnimmt. Darüberhinaus muß der Therapeut fähig sein, die verschlüsselten Botschaften in ihren zugrundeliegenden Bedeutungen zu entziffern, damit er sie dem Patienten zurückspiegeln kann. Dies bedeutet aber nicht, daß der Therapeut immer auch realiter die gleiche Erfahrung gemacht haben muß, wie der Patient.

Um etwa einen zwanghaften oder depressiven Patienten zu verstehen, ist es nicht notwendig, daß der Therapeut bei sich selber die vom Patienten dargebotene Symptomatik erlebt haben muß. Empathie heißt hier, das hinter der Symptomatik liegende Leiden zu verstehen. dessen

mitgeteilte, aber verschlüsselte Botschaft zu erfassen.¹

Empathie darf nicht mit einem übersteigerten Bedürfnis helfen zu wollen, etwa im Sinne des Helfersyndroms von W. Schmidbauer (1977) verwechselt werden.

Empathisches Verstehen wird hier mit Mitleid gleichgesetzt. Es besteht aber ein wesentlicher Unterschied zwischen Mitleid und Empathie. Mitleid heißt Mitleiden in einer realen schmerzlich empfundenen Situation im Hier und Jetzt. Wenn etwa ein Kind sich verletzt, Schmerzen spürt und weint, so ist die spontane Reaktion des tröstenden Erwachsenen ein Mitleiden, ein Mitschwingen der Gefühle im Hier und Jetzt. Empathie hingegen ist mehr, bezieht sich auch auf Vergangenes auf das Erlittene.

Akutes Helfen, ob im ideellen oder im materiellen Sinne, deren Motivation Mitleid ist, ist nicht Therapie, bzw. ist nicht hinreichend für therapeutisches Handeln. Empathisches Eintauchen im therapeutischen Prozeß bedeutet nicht bloßes Verständnis für das Leiden im Hier und Jetzt, sondern mehr, das emotional sinnliche Begreifen der dramatisch gewordenen Geschichte des Patienten.

1 Eine nicht zu unterschätzende Möglichkeit für die Entwicklung empathischer Fähigkeit besteht meines Erachtens in der Aneignung von Literatur.

Um hier nur ein Beispiel zu nennen, so wurde mir durch den autobiographischen Roman von Ernst Herhaus "Der zerbrochene Schlaf" (München 1978) die Diffizilität und Problematik des Alkoholismus, die Welt des Alkoholikers erstmalig nachvollziehbar und verständlich. Allein das Lesen, die regelmäßige Beschäftigung mit Literatur setzt beim Leser allerdings schon ein bestimmtes Maß an Einfühlung voraus.

Ein weiteres Merkmal der Fähigkeit zum empathischen Eintauchen ist die "Echtheit" des emotionalen Verstehens. In dem oben erwähnten Beispiel von E. Canetti wird das Eintauchen in die Erlebniswelt des Patienten als Spiel, als Schauspiel beschrieben. Schwingt diese Komponente des Vorspielens, des Vorspiegelns beim Therapeuten mit, so bedeutet dies, daß der Therapeut nicht wirklich vollends bemüht ist, die Erlebniswelt des Patienten emotional zu verstehen. Er läßt sich sozusagen nur mit einem Teil seiner Persönlichkeit auf die Erlebniswelt des Patienten ein.

Empathie darf auch nicht mit Opportunismus verwechselt werden. Empathie bedeutet nicht, die vom Patienten geäußerte politische, moralische oder ethische Meinung zu akzeptieren. Bloßes liberales Gewährenlassen der vom Patienten geäußerten politisch-moralischen Anschauung hat mit tiefem empathischen Verstehen wenig zu tun.

Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen:

Ein Jugendlicher, der im Verlauf der Therapie faschistoides oder gar faschistisches Gedankengut äußert, kann und darf nicht, allein weil der Therapeut dies innerlich nicht teilen kann, einfach abgelehnt werden. Genau so falsch wäre es aber, wenn der Therapeut diese Äußerungen oberflächlich toleriert.

Vielmehr muß der Therapeut versuchen, die Ursachen und Beweggründe, die der Gedankenwelt des Jugendlichen zugrundeliegen, in seinem sozialen, familiären individualgeschichtlichen Kontext zu begreifen, ohne dabei den Jugendlichen mit seiner momentanen, für den Therapeuten nicht akzeptierbaren Alltagsideologie moralisch zu verurteilen.

Hierbei gilt es nicht nur intellektuell, sondern auch emotional zu verstehen, welche Mechanismen, etwa bestimmte Abwehrformen vorliegen und welche Bedeutung die betreffende Alltagsideologie für den Jugendlichen hat. Dabei ist es in keiner Phase der Therapie notwendig, daß der Therapeut von seinen eigenen humanistischen und antifaschistischen Wertvorstellungen abweicht, oder diese verleugnet. Das offene Bekenntnis zu den eigenen Wertvorstellungen, sobald dies im therapeutischen Prozeß notwendig sein sollte, sollte für den Therapeuten selbstverständlich sein.

Alleinige Aufgabe des Therapeuten ist es, die Beweggründe, die den Patienten zu einer antihumanistischen Position gebracht haben und die damit einhergehende Einschränkung der kognitiven Wahrnehmung und emotionalen Erlebnisleistung zu verstehen, d.h. empathisch nachzuvollziehen, um sie dann tendenziell aufzuheben.

Umgang mit der Übertragung und Gegenübertragung.
Hierbei geht es zunächst um die Fähigkeit des Therapeuten, die unterschiedlichen Gefühle, die der Patient auf den Therapeuten überträgt, wahrzunehmen und diese dem Patienten zurückzuspiegeln. Ist sich der Therapeut über die Qualität und Inhalt der betreffenden Botschaft bewußt, d.h. kann er das momentane Gefühl, daß der Patient auf ihn überträgt nachfühlen und spiegeln, so ist der erste Schritt zur Selbstfindung getan.

Dabei muß jedoch berücksichtigt werden, daß der Patient, wie schon betont, seine Gefühle und Erlebnisinhalte nur rudimentär artikuliert, seine subjektive Befindlichkeit oft in nonverbalen Ausdrucksformen agiert.

Die Entschlüsselung der verbalen und nonverbalen Äußerung kann dem Therapeuten jedoch nur dann gelingen, wenn er die signalisierenden Gefühle und Affekte auch bei sich zulassen kann.

Dies impliziert zugleich die affektive Involviertheit des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung und somit die Aktualisierung von Gegenübertragung; dieser Aktualisierung von unbewußten Anteilen im therapeutisch Prozeß sollte sich der Therapeut immer bewußt sein. Damit sind hohe Anforderungen an die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion des Therapeuten gestellt, wobei die Vielfalt und Unbegrenztheit von Gegenübertragungsmöglichkeiten die Selbstwahrnehmung des Therapeuten erschweren. Gerade deshalb sollte jeder Therapeut kritische Introspektion zur höchsten Maxime erheben und sich Freuds Forderung zueigen machen "Jeder Analytiker sollte periodisch ... sich wieder zum Objekt der Analyse machen, ohne sich dieses Schrittes zu schämen."

Die Realisierung des Selbst beim Therapeuten.

Hiermit ist übergreifend die Fähigkeit zum empathischen Eintauchen und das Erkennen und damit tendenzielle Überwinden der Abwehrstrukturen, die eine vertiefte Empathie beim Therapeuten behindern und begrenzen, gemeint.

Hier werden Eigenschaften und Fähigkeiten angesprochen, die als "psychologische Manifestationen" (Kohut, S. 298) des reifen, "gesunden stabil kohärenten Selbst" (S. 93) eingestuft werden können.

Die Idee der Selbstfindung ist durchaus in der Psychotherapie nichts Neues (vergleiche dazu etwa die Psychologie von C.G. Jung). Es ist aber das Verdienst der neueren psychoanalytischen Autoren wie Kohut, Winicott

und Miller und der humanistischen Psychologie Rogers, den Begriff des Selbst aufgenommen und entmystifiziert zu haben.

Vor allem in dem Ansatz von Kohut (1979) wird der Prozeß der Selbstfindung in der Psychotherapie als emotionales Nacherleben und kognitives Begreifen der eigenen Geschichte verstanden.

Oder mit anderen Worten, es geht hier um die Herstellung, der Konstituierung der fragmentierten Persönlichkeit, etwa vergleichbar mit den Versuchen in der modernen Literatur.¹

Introspektion und Empathie sind für die Realisierung des Selbst gleichsam Voraussetzung wie Resultat.

Nur ein Selbst, das in seinem Kernbereich im Gleichgewicht ist, wird zu einem therapeutischen Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, zur Empathie und vor allem zur Introspektion - die als wichtigste Voraussetzungen die der Therapeut für einen erfolgreichen Therapieverlauf einbringen muß, herausgestellt werden - in der Lage sein.²

1 Besonders die Arbeiten von Proust und Musil werden unter diesem psychologischen Aspekt verständlich. Auch in der modernen Musik kann etwa bei G. Mahler von einem Versuch der Konstituierung der fragmentierten Persönlichkeit gesprochen werden.

2 Es soll nicht unterschlagen werden, was Selbstfindung nach Kohut für den Wissenschaftler auch impliziert, nämlich, "daß der wahre Wissenschaftler - der spielende Wissenschaftler ... - fähig ist, die Unzulänglichkeit seiner Leistungen zu ertragen." (S. 298, ebenda).

Zum Schluß noch einige Bemerkungen, um einem eventuellen Mißverständnis vorzubeugen.

Es geht mir nicht darum, einer neuen Innerlichkeit das Wort zu reden. Ich schließe mich auch nicht dem modischen Trend einer weiteren mystifizierten Form der Selbstfindung an mit dem Impetus, einer bewußten Abkehr von politisch-gesellschaftlicher Betätigung, in dem Sinne etwa "erkenne Dich erst einmal selbst, ehe Du die Verhältnisse änderst".

Auch liegt mir der Gedanke fern, die Forderung, die ich hier an den Therapeuten stelle, und als unabdingbare Voraussetzung für therapeutisches Handeln erachte, missionarisch auf "die Gesellschaft" bzw. alle Individuen der Gesellschaft übertragen zu wollen.

Es geht mir ausschließlich darum, diejenigen Fähigkeiten, über die ein Therapeut verfügen sollte, damit er den therapeutischen Prozeß erfolgreich gestalten und vorantreiben kann, im Ansatz zu bestimmen.

Wird Psychotherapie und auch die moderne Kunst in diesem Sinne verstanden, so impliziert dies, daß der erlebte Zerfall (Fragmentierung) des spätbürgerlichen Individuums, die spezifische Dramatik des spätbürgerlichen Individuums, hier seinen Ausdruck und seine tendenzielle Überwindung findet.

Teil 2

PSYCHOLOGIE DER ADOLESCENZ

"Wenn auch die Welt im Ganzen fortschreitet: die Jugend muß doch immer wieder von vorne anfangen und als Individuum die Epochen der Weltkultur durchmachen."

Johann W. v. Goethe

2.1 Historische Bemerkungen zur Jugend und bürgerlicher Kultur

Historisch betrachtet setzt der Diskurs¹ über Jugend, verbunden mit dem Diskurs über Kindheit, Mitte des neunzehnten Jahrhunderts ein. Jugend und Kindheit² werden literarisch wie wissenschaftlich zum Gegenstand der Betrachtung.

In der bürgerlichen Klasse, die sich anschickt die Hegemonie in der Kultur und somit auch in der Erziehung herzustellen bzw. zu festigen, setzt der Diskurs über Kindheit und Jugend eng verbunden mit dem über die Sexualität des Kindes und Jugendlichen ein.

Seminare und Kadettenanstalten, später "Höhere Töchter-Schulen" und Lyzeen sind die Sozialisationsagenturen außerfamiliärer Art des Bürgertums. Wesentliche Bedeutung kommt weiterhin der Familie zu. Die extreme Unterschiedlichkeit von bürgerlicher und proletarischer Kindheit und Jugend

1 Den Begriff Diskurs verstehe ich im Sinne Foucaults als ideologische Reflexion, dem zumindest für eine bestimmte Zeit Wahrheit zugeschrieben wird.

2 So erscheint das Buch "Das Jahrhundert des Kindes" von Ellen Key in Schweden im Dezember 1900 und in Deutschland im Jahre 1902.

wird seit Anfang des 20. Jahrhunderts aufgrund der kulturellen Hegemonie des Bürgertums tendenziell nivelliert. Denn "die Ideologie der Herrschenden ist immer die herrschende Ideologie."

Nur in Ansätzen gelingt es der organisierten Arbeiterklasse in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts eine eigene Kultur der Erziehung entgegenzusetzen.

In seinem Werk Sexualität und Wahrheit revidiert Foucault die gängige Repressionshypothese von der einfachen Unterdrückung der Sexualität. Er hält dem vielmehr entgegen, daß erst durch das Reden über die Sexualität und durch stilles Wissen davon, sowohl bei den Erwachsenen, sowie auch bei den Kindern und Jugendlichen, die Sexualität in den Mittelpunkt gerät und zum Hauptproblem wird. "Tatsächlich handelt es sich eher um die Produktion der Sexualität" (S. 127). Foucault sieht in diesem Mechanismus letztlich eine Kultivierung bzw. die Schaffung einer eigenen klassenspezifischen, bürgerlichen Sexualität, die sich bewußt gegen die proletarische abgrenzt. Durch die zunehmende Hegemonie der bürgerlichen Kultur wird dieser Abgrenzungsprozeß immer weniger möglich.

Das Entstehen, die Geburt der bürgerlichen Individualität läuft wesentlich über die dramatische Auseinandersetzung mit der Sexualität in der Pubertät ab. In der klassischen Pubertätsliteratur der Jahrhundertwende wird dieser Prozeß künstlerisch sehr differenziert dargestellt.

Wohl nicht zufällig ist das gleichzeitige Erscheinen der bedeutendsten Pubertätsnovellen der europäischen Literatur von H. Hesse, R. Musil, F. Wedekind, Th. Mann und J. Joyce einerseits¹ und den Freudschen "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" andererseits. Innerhalb eines Zeitraumes von nur drei Jahren, von 1903 - 1906 finden ästhetisch-literarische und wissenschaftliche Reflexionen in bedeutenden Publikationen ihren Ausdruck.

Im Mittelpunkt der Pubertätsliteratur steht der männliche, bürgerliche Jugendliche², der sich vor allem mit der familiär erzeugten, ödipalen Sexualität auseinandersetzt.

So dramatisch die zumeist innerpsychisch ausgetragenen Konflikte auch sein mögen, fast durchgängig werden im klinischen Sinne, psychotische Episoden durchgemacht, das Resultat dieses Prozesses ist immer das bürgerliche Individuum.

1 Gemeint sind damit "Unterm Rad" (1906) von Hermann Hesse, "Die Verwirrungen des Zöglings Törless" (1906) von R. Musil. "Frühlingserwachen" von Frank Wedekind, 1891 vollendet, aber erst 1906 von Max Reinhardt uraufgeführt. "Tonio Kröger" (1903) von Thomas Mann und "Jugendbildnis" von James Joyce (1904).

2 Eines der wenigen literarischen Werke zur weiblichen Pubertät um die Jahrhundertwende sind die "Fünf Geschichten aus dem Seelenleben halbwüchsiger Mädchen", die Lou Andreas-Salomé in dem Buch "Im Zwischenland" (1902) beschreibt.

Unter bürgerlicher Individualität wird hier die Utopie von der freien Entaltung der Persönlichkeit verstanden. Frei im Sinne der Freistellung vom Produktionsprozeß (Th. Mann), Entfaltung bezieht sich auf kreative Aneignung und Schaffung von Kultur.

Bürgerliche Individualität kann nur dann entwickelt werden, wenn die sexuellen Konflikte und Kämpfe intensiv erlebt und erfolgreich bestanden werden. Die Aufgabe der inzestuösen, ödipalen Phantasien, die homosexuelle Episode, die Phase des platonischen Verliebtseins, das Erlernen der genitalen Sexualität bei der Prostituierten und die anschließende Synthese, zumindest in der Vorstellung, von Sinnlich-Sexuellem und Erotisch-Platonischem bilden das Resultat der genitalen Sexualität auch im Sinne Freuds.

Dem Einwand, daß sowohl in der Literatur sowie in der Psychoanalyse nur klassenspezifische Probleme des Bürgertums dargestellt und analysiert werden, die zudem auch noch historisch völlig überholt seien, kann ich mich nicht anschließen.

Meines Erachtens werden vielmehr, gerade durch die Literatur und durch die Psychoanalyse - die Affinität ist bekannt - vertiefte Einsichten möglich, die mit Einschränkung allgemein für die Individuen der bürgerlichen Gesellschaft gelten. Historisch bedingtes Veraltern von bestimmten Kategorien in der Literatur und der Psychoanalyse sind dabei allerdings zwangsläufig.

2.2 Vorbemerkung zur Geschichte der Psychoanalyse und zur Psychoanalyse der Adoleszenz

Im folgenden stelle ich die psychoanalytischen Ansätze zur Pubertät und Adoleszenz dar. Ich gehe dabei historisch vor. Ich beziehe mich dabei auf die Arbeiten von Freud, Bernfeldt, Anna Freud, Hartmann, Erikson, Stierlin und Kohut.

Ich beziehe mich deshalb auf diese Autoren, weil sie für das Verständnis der Pubertät neue Aspekte in der psychoanalytischen Theorie gesetzt haben. Gleichzeitig jedoch wird mit einigen der zitierten Autoren eine neue Akzentuierung der psychoanalytischen Theorie überhaupt verbunden.

Dieses historische Vorgehen erschien mir notwendig, weil der eine psychoanalytische Ansatz auf den vorhergehenden logisch aufbaut. Gleichzeitig wird mit der historischen Darstellungsweise die Weiterentwicklung der Psychoanalyse veranschaulicht.

Wenn ich mich in erster Linie mit männlichen Jugendlichen auseinandersetze, so hat dies zwei Gründe. Zum einen wird in der psychoanalytischen Literatur über Pubertät zum Großteil vom männlichen Jugendlichen ausgegangen, und zum anderen habe ich in der Praxis mit überwiegend männlichen Jugendlichen gearbeitet.

Die Anfänge der Psychoanalyse werden auch mit dem Begriff der "Es Psychologie" umschrieben. In den frühen Schriften von Freud und seinen ersten Schülern Abraham und Ferenczi stand der dynamische, triebenergetische Aspekt der Libido im Vordergrund. Mit Freuds Beitrag: "Hemmung Symptom und Angst" und Anna Freuds Schrift "Das Ich und die Abwehrmechanismen" sowie F. Alexanders Buch: "Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit. 1927 hier besonders der Abschnitt "Die Entdeckung des Ich" kündigt sich eine erste Wendung zur Ich-Psychologie an. Das Ich ist hier eine noch vorwiegend vermittelte Instanz zwischen Es und Über-Ich, es wird noch nicht als ein relativ autonomer Bestandteil der Persönlichkeit, das über konstante Eigenschaften verfügt, gesehen.

Ernst Hartmann, Kries und Löwenstein gelten als die eigentlichen Begründer psychoanalytischer Ich-Psychologie. In

den dreißiger und vierziger Jahren sind die wesentlichen Beiträge H. Hartmanns erschienen. Er gilt als deren Hauptvertreter. Eine weitere Wende manifestiert sich in der Ausweitung der Psychoanalyse zur Sozialpsychologie besonders durch K. Horney¹ und Erich Fromm. Auch Erikson und Stierlin beziehen vor allem soziologische und familiendynamische Aspekte mit ein.

Die Arbeiten von M. Klein, R. Spitz und M. Mahler zur frühen Mutter-Kind-Beziehung und die dadurch erfolgte Anwendung der psychoanalytischen Theorie auf die Pathologie der Psychosen, markieren eine weitere Wende in der Psychoanalyse. Die Narzißmustheorie von Kohut bezieht sich in wesentlichen Teilen auf diesen Ansatz.

2.3 Anfänge der Psychoanalyse, S. Freud (1906)

Drei Abhandlungen der Sexualtheorie

In den "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" (1904-1905) befaßt sich Freud im letzten Teil mit der Pubertät. In diesem Teil "Die Umwandlungen der Pubertät" wird der endgültige Abschluß der kindlichen sexuellen Entwicklung dargestellt.

Die Unterordnung der Partialtriebe unter das Primat der Genitalität, die abschließend in der Pubertät erfolgt, ist nach Freud im wesentlichen reifungsbedingt: "Die Entwicklung der inneren Genitalien (ist) soweit vorangeschritten, daß sie Geschlechtsprodukte liefern, respektive zur Gestaltung eines neuen Lebewesens aufzunehmen vermögen. Ein höchst komplizierter Apparat ist somit fertig geworden, der seiner Inanspruchnahme harrt." (S. 109 GSW V).

1 Auf die Gefahr der soziologischen Verwässerung der Psychoanalyse durch Horney macht Adorno in dem Aufsatz "Die revidierte Psychoanalyse" aufmerksam.

Der kindliche Sexualtrieb, der ursprünglich autoerotisch ist, richtet sich in der Pubertät auf ein äußeres Objekt.

Die Herstellung des Primates der Genitalität, verbunden mit der teilweisen Aufgabe der Autoerotik, und der damit verbundenen Suche nach einem Sexualobjekt hat nach Freud zur Folge, daß der Jugendliche den ödipalen Konflikt erneut verstärkt durchlebt.

In der psychoanalytischen Kasuistik wird daher immer wieder auf die inzestuösen Phantasien von Adoleszenten verwiesen, die fast regelmäßig, aber besonders in der Therapie mit Jugendlichen, verstärkt hervortreten.

Robert Musil beschreibt diesen quälenden Konflikt, den die inzestuösen Phantasien beim jungen Törlless hervorrufen. Nach dem ersten Besuch bei einer Prostituierten drängt sich ihm immer wieder ein Gedanke auf: "Er hatte damals plötzlich an seine Mutter denken müssen, und dies hielt ihn nun fest und war nicht loszukommen. Es war ihm nur so durch die Grenzen des Bewußtseins geschossen - blitzschnell oder undeutlich weit - am Rande - nur wie im Fluge gesehen - kaum ein Gedanke zu nennen. Und hastig darauf war eine Reihe von Fragen gefolgt, die es verdecken sollten: Was ist es, daß es möglich ist, daß diese Bozena ihre niedrige Existenz an die meiner Mutter heranrücken kann? Daß sie sich in die Enge desselben Gedankens an jene herandrängt? ... Warum ist es nicht wie durch einen Abgrund zum Ausdruck gebracht, daß hier gar keine Gemeinsamkeit besteht? Denn wie ist es doch? Dieses Weib ist für mich ein Knäul aller geschlechtlichen Begehrlichkeiten: und meine Mutter ein Geschöpf, das bisher in wolkenloser Entfernung klar und ohne Tiefen, wie ein Gestirn, jenseits allen Begehrens durch mein Leben wandelte ...!" (S. 34).

Törless erfährt hier die inzestuösen Phantasien als etwas, was sich ungewollt aufdrängt, "blitzschnell und undeutlich weit", er steht diesem Gedanken quasi hilflos gegenüber. Die Intensität der inzestuösen Phantasien werden hier so stark, daß er sie nicht mehr verdrängen kann. "Törless sättigte sich mit den Augen an Bozena und konnte dabei seine Mutter nicht vergessen, durch ihn hindurch verketete die beiden ein Zusammenhang."

In seinen Gedanken verschmilzt das ödipale Objekt (Mutter) ungewollt mit dem genitalen Sexualobjekt (Prostituierte).

"Das Wiederaufleben des ödipalen Konflikts verstärkt durch "den somatischen Nachdruck". (Freud), macht aufgrund der kulturellen Inzestschranke eine Aufgabe der inzestuösen Phantasien notwendig. Freud kommt daher zu dem Schluß, daß die Loslösung von den Eltern die eigentliche psychische Arbeit ist, die das Ich in der Pubertät zu leisten hat. Gleichzeitig wird mit der Überwindung und Verwerfung der inzestuösen Phantasien, die den Ablösungsprozeß vom gegengeschlechtlichen Elternteil bedeuten, aber auch eine der schmerzhaftesten psychischen Leistungen der Pubertätszeit vollzogen.

Freud geht jedoch hier nicht näher auf den Ablösungsprozeß ein. Wenn Freud aber von einer schmerzhaften psychischen Leistung redet, so ist damit auch schon die spätere Erkenntnis enthalten, daß hier eine Trauerarbeit von den Jugendlichen geleistet wird, wie er dies später in "Trauer und Melancholie" entwickelt.

Melanie Klein¹ greift diesen Gedanken der zu leistenden Trauerarbeit in der Therapie mit depressiven Jugendlichen später wieder auf.

1 siehe Melanie Klein. Die Technik der Analyse im Pubertätsalter in: Die Psychoanalyse des Kindes, 1932.

2.4 S. Bernfeld Theorie zur Pubertät

S. Bernfeld war der erste Psychoanalytiker, der sich nach dem I. Weltkrieg mit der Pubertät intensiv beschäftigte. In der Auseinandersetzung mit der damaligen bestehenden Pädagogik polemisierte Bernfeld vor allem gegen Spranger¹ und Ch. Bühler², deren Arbeiten die Diskussion über Jugend und Pubertät am meisten beeinflussten.

In der damaligen pädagogisch-psychologischen Literatur waren die Ideen Freuds nur ansatzweise aufgenommen. Die herkömmliche Pädagogik war zum Größteil noch konservativ befangen. Psychoanalytische Ansätze kamen kaum zur Geltung. Die damals enge Verbindung von Psychoanalyse, Aufklärung und fortschrittlicher Politik zeigt sich besonders in den Schriften von Bernfeld, der sehr engagiert für eine fortschrittliche und liberale Erziehung eintrat.

In seinem 1922 erschienenen Aufsatz "Über eine typische männliche Pubertät" knüpft Bernfeld an die Freudschen Erkenntnisse an und bestimmt das Wesen der Pubertät dahingehend, daß die kindliche Sexualität zwei wichtige Veränderungen erfährt: die Unterordnung der Sexualität unter das Primat der Genitalität und der Prozeß der Objektgerichtetheit, der Objektfindung. Bernfeld kommt dann zu dem Schluß, daß mit dieser Bestimmung der Eintritt in die Pubertät ziemlich genau festgelegt ist. Jedoch ist nach oben hin eine mögliche Dauer der Pubertät theoretisch unbegrenzt und er begründet dies damit, daß "es ja ... Personen (gibt), die das Endstadium der erwähnten Objektfindung Zeit ihres Lebens nie erreichen."

1 E. Spranger: Psychologie des Jugendalters (1925)

2 Ch. Bühler: Das Seelenleben des Jugendlichen (1921)

Bernfeld löst dieses Problem, indem er eine Phi (Φ) und eine Psi (Ψ) Pubertät unterscheidet. Mit der Phi - Pubertät ist die physiologisch-biologische Reifung gemeint, mit der Psi- Pubertät der psychische Prozeß, der das Erwachsenwerden beschreibt. Was B. hier mit der Psi-Pubertät umschreibt ist mit dem Begriff der Adoleszenz, der später gebräuchlich wird, identisch.

Die physiologisch-biologische Pubertät ist sozusagen in das soziale Feld eingebettet, das Bild der Pubertät wird dadurch erst geprägt. Bernfeld betont dabei aber, daß durch die Klassenzugehörigkeit des Jugendlichen das Erscheinungsbild der Pubertät unterschiedlich aussieht.

Trotz der unterschiedlichen Entwicklungsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten von proletarischen und bürgerlichen Jugendlichen versucht Bernfeld fünf Merkmale der typisch männlichen Pubertät herauszuarbeiten, denen er eine gewisse Allgemeingültigkeit zuschreibt.

1. Das gesteigerte erstmalige Auftreten des Interesses für "geistige" Werte wie Kunst, Politik, Religion, etc..
2. Das Moment der Produktivität: etwas produktiv umzusetzen, wie Musik, bildnerisches Gestalten, etc..
3. Ein ausgeprägtes Selbstbewußtsein, das allerdings zwischen omnipotenter Selbstüberschätzung und starkem Minderwertigkeitsgefühl, das sich bis zu Selbsthaß steigern kann, schwankt.
4. Die Orientierung und Identifikation mit einer Führerpersönlichkeit, die idealisiert wird.
5. Die Ausrichtung auf eine Gruppe von Gleichaltrigen.

In diesen fünf Charakteristika, die Bernfeld "unter Vermeidung präziser Termini" umschreibt, sind schon die wesentlichen Merkmale der Adoleszenz enthalten, die später von Anna Freud in ihrem Beitrag "Das Ich und die Abwehrmechanismen" präzisiert dargestellt werden.

Die in Punkt drei angesprochene Ambivalenz von Selbstüberschätzung und Ohnmachtsgefühl führt Bernfeld auf die narzißtische Besetzung des Ichs zurück. Bernfeld sieht in dem pubertären Narzißmus eine wesentliche Eigenschaft für das Verständnis der Pubertät.

Damit geht Bernfeld über Freuds Ansatz, der die libidinösen Umwandlungen des Ichs im Auge hat hinaus.

"Theoretisch ist dies recht wichtig und, soviel ich sehe, noch nicht genügend gewürdigt: Die in der eingangs zitierten Freudschen Formel erkannte Aufgabe der Pubertät erfährt eine Störung; anstatt daß sich die Sexualtriebe auf ein Objekt definitiv sammeln, verwandelt sich ein beträchtlicher Teil von ihnen in Ichlibido, und erzeugen so eine sekundäre - wenn man will auch tertiäre - narzißtische Situation, neben der, zu ihr wahrscheinlich nicht immer in gleicher Beziehung stehenden, auch eine objektlibidinöse vorhanden bleibt." (S. 760).

Diese Entdeckung des pubertären Narzißmus, der später als die narzißtische Besetzung des Selbst in der Psa noch klarer herausgearbeitet wurde, bildet in der psychoanalytischen Theorie der Pubertät einen wesentlichen Stützpfiler.

Ich werde später, bei der Diskussion des "Neuen Sozialisationstypus", dem sogenannten narzißtischen Typus darauf ausführlich zurückkommen.

2.5 Anna Freuds Beitrag zur Pubertät

Das 1936 erschienene Buch "Das Ich und die Abwehrmechanismen" von Anna Freud, leitet eine erste Wende zur Ich-Psychologie in der Psychoanalyse ein.

In dem letzten Teil beschäftigt sich Anna Freud mit der Pubertät. Wie aus der Überschrift "Abwehr aus Angst vor der Triebstärke" hervorgeht, wird hier dem Ich in erster Linie die Funktion der Triebabwehr zugeschrieben. Das Ich wird hier noch nicht als eine relativ autonome Instanz gesehen, dessen Aufgabe es ist, Realität aktiv zu bewältigen.

Anna Freud unterscheidet zwei dominierende Abwehrformen in der Pubertät: Askese und Intellektualisierung. Die Pubertätsaskese stellt die extremste Form der Verdrängung dar. Es handelt sich dabei aber nicht um die einfache Versagung einzelner Triebwünsche und Befriedigungen, "sondern um Triebverzicht an und für sich" (A. Freud). Die Triebunterdrückung ist eine bewußte Leistung des Ichs. Oft werden auch andere Bedürfnisse zusätzlich unterdrückt. Die Askese beschränkt sich also nicht allein auf die Verdrängung der sexuellen Bedürfnisse. Sie kann sozusagen auf andere sinnlich-vitale Bedürfnisse verlagert oder generalisiert werden. Selbstkasteiung oder das Verweigern von Nahrung, dem oft die Angst sich zu vergiften zugrunde liegt, gehören auch zu den asketischen Abwehrformen.

Hier wird versucht, durch das bewußte Praktizieren von Enthaltbarkeit oder gar von Selbstbestrafung das Auftauchen des sexuelle-libidinösen Triebanspruches zu verhindern. Allerdings spielen bei den extremen pathologischen asketischen Erscheinungsformen, wie etwa bei der jugendlichen Magersucht, noch andere Faktoren eine wesentliche Rolle. Familiendynamische Aspekte bilden hier eine primäre Ursache.

Das Umschlagen von Askese in "Triebexzeß" ist bei dieser Abwehrform die Kehrseite der Medaille. Übermäßiges Essen, körperliche Betätigung bis zur völligen Erschöpfung und Alkohol- und Drogenmißbrauch sind typische Formen von exzessivem Verhalten in der Adoleszenz. Beim Alkohol und Drogenmißbrauch besteht allerdings die Gefahr, daß sich eine körperliche und psychische Abhängigkeit manifestieren kann. Aber gerade dieses Oszillieren zwischen Askese und exzessivem Verhalten, etwa im sexuellen Bereich hier besonders in Form der Masturbation, oder in den anderen erwähnten Bereichen, bedeutet für das Ich ein Kennenlernen und Umgehen mit der inneren Befindlichkeit und der äußeren Realität. Erfolgt hier keine einseitige Fixierung, so kann dieser Mechanismus als eine normale und notwendige, aber doch spezifische Form der Aneignung des Adoleszenten angesehen werden.

Als zweiten Abwehrmechanismus beschreibt A. Freud die Intellektualisierung. Das Intellektualisieren dient grundsätzlich dazu, die sexuell-libidinösen Triebansprüche abzuwehren.

Die intellektuelle Auseinandersetzung wird bei A. Freud nicht wie bei Bernfeld wertneutral als eine qualitativ neue Aneignungsform des Jugendlichen gesehen.

Auch Piaget und Inhelder (1980) verweisen darauf, daß erstmalig in der Adoleszenz kognitive Strukturen entwickelt werden, die es dem Jugendlichen ermöglichen, sich umfassend mit religiösen, moralischen, ethischen, philosophischen und politischen Problemen auseinanderzusetzen.

Bei A. Freud handelt es sich aber nicht um diese Intellektualität im gewöhnlichen, herkömmlichen Sinne, also einem Interesse an der Sache an sich. Sie unterstellt den Jugendlichen vielmehr, daß es ihnen in erster Linie gar nicht um eine intellektuelle Auseinandersetzung mit realen Problemen geht, das Intellektualisieren dient allein der Auseinandersetzung mit der inneren Befindlichkeit. Zugespitzt formuliert A. Freud "Die Intellektualität des Jugendlichen scheint keinem anderen Zweck zu dienen als seiner Tagträumerei." Das Intellektualisieren bedeutet also für den Jugendlichen Auseinandersetzung mit sich selbst.

Die intensive Beschäftigung etwa mit Philosophie, Politik oder Religion dient demnach, als Vehikel mit seiner eigenen, inneren Befindlichkeit und seinen Triebkonflikten fertig zu werden, ins Reine zu kommen. Indem der Jugendliche sich mit übergreifenden Systemen politischer, religiöser oder philosophischer Natur auseinandersetzt, wird ihm seine innere Realität, seine innere Befindlichkeit klarer und somit auch handhabbarer.

Eine derartige Form der Auseinandersetzung im Sinne A. Freuds, mit politischen Systemen die in intensiven Tagträumen erfolgte, zeigt das Beispiel eines Patienten

aus meiner Praxis; Frank, ein achtzehnjähriger Junge, mit einer Borderlinesymptomatik aus einfachen sozialen Verhältnissen, fing im Verlauf der Therapie, nach ca. 1 1/2 Jahren an, über politische Systeme nachzudenken. Er phantasierte dabei ein System der Weltbeherrschung, worin er selbst als Weltherrscher auftrat. Darin drückte sich seine Omnipotenzphantasie, als Kompensation seiner völligen Abhängigkeit von der Mutter aus. Das gedachte Weltherrschaftssystem war in den Grundformen der Orwell'schen Vision nicht unähnlich, obwohl Frank diese nicht kannte und was bemerkenswert war, sehr differenziert und entwickelt.

Es wäre sicher verkürzt und letztlich falsch, jegliche intensive Beschäftigung mit Philosophie, Politik oder Religion als pubertär abtun zu wollen. .

Bei dem beobachtbaren Phänomen, daß in der Adoleszenz oft eine intensive Auseinandersetzung mit philosophischen oder politischen Problemen erfolgt, spielen wohl beide Aspekte eine Rolle. Einmal die kognitive Fähigkeit, sich überhaupt umfassend damit auseinandersetzen zu können (Piaget), und zum anderen, die emotionale Seite, mehr oder weniger stark sublimieren zu wollen, zu müssen (A. Freud).

Festzuhalten ist, daß durch die intensive Beschäftigung mit der Philosophie, Politik, Religion etc., oft eine bedeutsame Festlegung und ideologische Ausrichtung erfolgen kann, die für das weitere Leben bestimmend ist. Dadurch werden gleichzeitig Autoritätsprobleme im Sinne der Traditionsbewältigung bearbeitet.

Dies kann sowohl als Abgrenzung und Bekämpfung der familiären Tradition geschehen (der Jugendliche aus einem religiösen Elternhaus wird zum militanten Atheisten), als auch durch die Übernahme der familiären Tradition (der Jugendliche aus einer Familie, die bewußt in der Tradition der Arbeiterbewegung steht, übernimmt diese bruchlos). Je stärker allerdings die Familientradition ist, ob nun religiöser oder politischer Art, desto schwerer wird es der Jugendliche haben, sich davon abzugrenzen und zu lösen.

Die Auseinandersetzung mit der Familientradition ist für den Jugendlichen ein wesentlicher Schritt für seine Identitätsbildung.

Die typische Form der Intellektualisierung wie sie A. Freud und S. Bernfeld im Auge haben, in der eine Auseinandersetzung mit "hohen Idealen" vorherrschend ist, scheint jedoch eher das Privileg der mittelständischen, bürgerlichen Jugendlichen zu sein. Das Verfassen und Rezensieren von Lyrik, wo sich der empfundene "Weltschmerz" ausdrückt, war eine durchgängige Form der Lebensbewältigung des bürgerlichen Jugendlichen bis zur Jahrhundertwende. Thomas Mann beschreibt, wie wichtig es für den vierzehnjährigen Tonio Kröger ist, seine Verse weiterhin zu schreiben, obwohl er durch deren Entdeckung bloßgestellt wird, "Daß er ein Heft mit selbstgeschriebenen Versen besaß, war durch sein eigenes Verschulden bekanntgeworden und schadete ihm sehr bei seinen Mitschülern, sowohl wie bei den Lehrern. Allein das vermochte ihn nicht davon abzulassen."

Auch heute noch ist das Dichten, das Verfassen von Lyrik und Prosa eine gebräuchliche Form der Identitätssuche.

Dieses soll durch einen kurzen Auszug aus einem längeren Gedicht eines 15jährigen Patienten veranschaulicht werden:

Dieser eine ewige Morgen.
Ich sehe die dunklen Wolken,
die schon mein Herz bedecken.
Ich höre tausend Peitschen knallen,
die die letzte Schönheit dieser
Welt zerstören wollen.
Ich rieche den Schweiß, der aus
den gequälten Körpern der
Millionen Menschen dieser Welt
steigt.

Oft dient auch die Religion als intellektuelles Abwehrsystem. Sowohl die traditionellen Religionen wie auch Sekten können von den Jugendlichen in Anspruch genommen werden, um die sich geltend machenden libidinös sexuellen Triebansprüche zu verdrängen. Das folgende Beispiel soll dies veranschaulichen. Der 14jährige Patient H., der ursprünglich wegen einer Legasthenie und später wegen Schulängste und Leistungsängste in Therapie war, entwickelt mit dem Eintritt in die Pubertät innerhalb eines halben Jahres den Wunsch, katholischer Priester werden zu wollen. H. lebte mit seinem vier Jahre älterem Bruder, seiner Mutter und dem Freund der Mutter zusammen. Der Vater war früh verstorben. Der Bruder zog mit 18 Jahren zu einer früheren Freundin der Mutter. Er wurde daraufhin aus der Familie verbannt. Sein Verhalten galt als unmoralisch und verwerflich. H. nahm nun während des pubertären Ansturms masochistisch die Schuld des Bruders auf sich, indem er sich jegliche sexuelle Betätigung versagte. Er rationalisierte seine asketische Haltung, indem er sich als

als katholischer Gläubiger in die Religion flüchtete. Um diese Askese vollends abzusichern, versteifte er sich auf den Wunsch katholischer Priester werden zu wollen.

Abschließend beschreibt A. Freud die Objektliebe und die Identifizierung in der Pubertät. A. Freud baut auf die Erkenntnisse Freuds und Bernfelds auf. Durch den Ablösungsprozeß von den infantilen Liebesobjekten, den Eltern, wird die Libido sozusagen frei verfügbar; sie ist nicht mehr an die elterlichen Objekte gebunden. Einerseits findet daher die narzißtische Besetzung des Selbst statt, die aber teilweise wieder aufgegeben wird, um somit eine neue homosexuelle bzw. heterosexuelle Objektbesetzung herzustellen. Formen von intensiver Freundschaft und Verliebtsein treten so das erste Mal auf. Thomas Mann beschreibt wie Tonio Kröger die erste erotische Erfahrung mit vierzehn Jahren macht. "Die Sache war die, daß Tonio Hans Hansen liebte und schon viel um ihn gelitten hatte. Wer am meisten liebt, ist der Unterlegene und muß leiden, diese schlichte und harte Lehre hatte seine vierzehn jährige Seele bereits vom Leben entgegengenommen; und er war so geartet, daß er solche Erfahrungen wohl vermerkte, sie gleichsam innerlich aufschrieb und gewissermaßen seine Freude daran hatte."

Der Grund für eine homoerotische und homosexuelle Objektbeziehung kann darin begründet liegen, daß keine heterosexuellen Liebesobjekte zur Verfügung stehen, oder daß noch eine zu große Angst vor dem anderen Geschlecht - vor dem Unbekannten - beim Jugendlichen vorherrscht.

Durch die leichter herstellbare Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Freund, bzw. Freundin, kann eine angstbesetzte Begegnung mit dem anderen Geschlecht vorerst vermieden werden. In der klassischen Pubertätsliteratur sind pubertäre homoerotische bzw. homosexuelle Beziehungen nicht bloß zufällige Episoden, sie sind vielmehr die Regel. Gleichgeschlechtliche erotische oder sexuelle Beziehung werden sowohl bei R. Musil, Th. Mann, H. Hesse als quasi notwendige Entwicklungsstadien des bürgerlichen Jugendlichen gesehen. In der Pubertätsnovelle "Unterm Rad" schildert H. Hesse eine derartige Beziehung:

"Es konnte scheinen, als wäre der gute Giebenrath für seinen Freund lediglich ein angenehmes Spielzeug, sagen wir eine Art Hauskatze, und Hans selber fand das zuweilen. Aber Heilner hing doch an ihm, weil er ihn Brauchte. Er mußte jemand haben, dem er sich anvertrauen konnte, der ihm zuhörte, der ihn bewunderte. Er brauchte einen der still und lüstern zuhörte, wenn er seine revolutionären Reden über Schule und Leben hielt. Und er brauchte auch einen, der ihn tröstete und dem er den Kopf in den Schoß legen durfte, wenn er melancholische Stunden hatte. Wie alle solche Naturen litt der junge Dichter an Anfällen einer grundlosen, ein wenig koketten Schwermut, deren Ursachen teils das leise Abschiednehmen der Kinderseele, teils der noch ziellose Überfluß der Kräfte, Ahnungen und Begierden, teils das unverstandene dunkle Drängen des Mannbarwerdens sind. Dann hatte er ein krankhaftes Bedürfnis, bemitleidet und gehätschelt zu werden. Früher war er ein Mutterliebling gewesen und jetzt, so lange er noch nicht zur Frauenliebe reif war, diente ihm der gefügige Freund als Tröster."

Mit der scheinbar grundlos auftretenden Schwermut, deren Ursache zum Teil im Abschiednehmen von der Kindheit besteht, wird die zu leistende Trauerarbeit des pubertären Ichs angedeutet. Mit dem Adjektiv kokett läßt Hesse den narzißtischen Aspekt anklingen, Heilner, der Freund Hans Giebenraths, genießt durchaus die melancholischen Stunden. Auch über den Ersatzcharakter dieser homoerotischen Beziehung ist sich Hesse voll bewußt.

Anna Freud charakterisiert die pubertären Objektbeziehungen als unstetig, die schnell gewechselt und aufgegeben werden. Sie spricht den pubertären Objektbeziehungen die Qualität eigentlicher Objektbeziehungen ab.

"Diese stürmischen und wenig haltbaren Liebesbindungen der Pubertät sind gar keine Objektbeziehungen im erwachsenen Sinne des Wortes. Es sind Identifizierungen primitivster Art ..." (S. 132).

A. Freud begründet dies damit, daß "die Treulosigkeit der Pubertät ... kein Liebes- oder Überzeugungswechsel innerhalb des Individuums (wäre), sondern ein durch den Wechsel der Identifizierung bedingter Persönlichkeitsverlust."

Das hieße, überspitzt formuliert, die pubertären Beziehungen seien letztlich pathologischer Natur. Ich kann mich dieser Auffassung nicht anschließen. Sicher kann eine pubertäre Objektbeziehung mit einem Persönlichkeitsverlust einhergehen, die Regel ist dies aber nicht. Zudem ist dieses Phänomen durchaus auch bei Erwachsenen zu beobachten. Kohut vertritt sogar die Auffassung, daß dieses Phänomen heutzutage bei Erwachsenen verstärkt auftritt. (1979)

Auch die von A. Freud charakterisierte Unstetigkeit der pubertären Objektbeziehungen muß nicht die Regel sein. Vielmehr ist der Jugendliche zu Objektbeziehungen fähig, die durchaus längere Zeit anhalten können und recht intensiv erlebt werden.

Die pubertären Objektbeziehungen sind für den Adoleszenten eine völlig neue Erfahrung. Die emotionale und affektive Intensität ist einmalig. Oft sind diese Jugendlieben, die als Jugenderinnerung präsent bleiben, prägend für das spätere Leben des Erwachsenen. Thomas Mann beschreibt, wie dies Tonio Kröger plötzlich bewußt wird, als er seine beiden Jugendlieben Hans Hansen und Ingrid Holm nach 14 Jahren zufällig wiedertrifft: "Hatte ich euch vergessen? fragt er. Nein niemals! Nicht dich Hans, noch dich, blonde Inge! Ihr ward es ja, für die ich arbeitete und wenn ich Applaus vernahm, blickte ich heimlich um mich, ob ihr daran teilhättet.."

Dem Künstler Tonio Kröger wird hier bewußt, daß er seine berufliche Karriere seinen beiden großen Jugendlieben verdankt.

Ein anderes Beispiel aus der Praxis soll die rasch wechselnden pubertären Objektbeziehungen, wie sie A. Freud im Auge hat, veranschaulichen:

U. ein 14jähriger türkischer Junge aus der Mittelschicht, besuchte die 8. Klasse eines Gymnasiums. Ursprünglich wegen einer Schulphobie und suizidaler Gefährdung in Behandlung, entwickelt er nach ca. einem halben Jahr Therapie, intensive Kontakte in der Klasse und in der Schule. Während ca. acht Sitzungen ist das Hauptthema das Verliebtsein in verschiedene Mitschülerinnen

und parallel dazu die Freundschaft zu zwei Jungen der Paralleklasse. Dies führt zu folgendem Konflikt. Einerseits verliebt sich U. fast täglich Hals über Kopf in ein anderes Mädchen; dies versetzt ihn in eine euphorische Stimmung. Andererseits hat er moralische Bedenken, ein Mädchen mit dem anderen zu "betrügen", und die Freundschaft der Jungen gegeneinander auszuspielen. Durchaus mit einem gewissen Humor äußert er seine Bedenken, ein moralischer Schuft zu sein. Allerdings sind diese rasch wechselnden Objektbesetzungen für U. eine völlig neue Erfahrung, für die er keine Worte findet. U. beschreibt das Gefühl, daß er während eines nächtlichen viertelstündigen Telefongespräches mit einem Mädchen empfand, als "völlig irre" und versucht, dies zu präzisieren. "Es war so wie im Traum, ich war gar nicht mehr bei mir."

Die Intensität des Gefühls wird sicher noch dadurch verstärkt, daß hier das Telefongespräch als Übergangsobjekt im Sinne Winnicotts¹ fungierte. U. beschreibt, wie er beinahe immer wieder eingeschlafen wäre. Er befand sich also im Übergangsfeld vom Wach- zum Schlafzustand.

1 Siehe dazu D.W. Winnicott, Übergangsobjekte und Übergangsphänomene, 1969.

2,6 H. Hartmanns Ichpsychologie

H. Hartmann¹ gilt als der eigentliche Begründer der psychoanalytischen Ich-Psychologie. Er untersuchte vor allem die Anpassungsleistungen des Ich, die Fähigkeiten des Ich, Realität bewältigen zu können.

Das Ich wird nicht mehr als bloße Vermittlungsinstanz zwischen Es und Über-Ich gesehen. Den Ich-Funktionen, wie Wahrnehmung, Erinnern, Kontrolle der Motorik und Urteilen etc., schreibt H. eine neutrale, nicht sexuell-libidinöse Energie zu. H. Spricht hier von entsexualisierter Energie. Soweit hält H. an der Freud'schen Triebtheorie fest, denn dem Ursprung nach ist das energetische Potential entweder sexuell-libidinös oder aggressiv-destruktiv. Die Neutralisierung des Libido und der Aggression schreibt er jedoch der Arbeit des Ichs zu: "Aggressive wie auch sexuelle Energie kann neutralisiert werden. In beiden Fällen geht dieser Neutralisierungsprozeß durch Vermittlung des Ichs vor sich, (wahrscheinlich auch schon durch seine autonomen Vorstadien)." (S. 343)

Diese autonomen Vorstadien nennt Hartmann Ich-Kerne. Sie werden durch neutrale Energie gespeist. Hiermit aber revidiert H. das Freud'sche dichotome Triebmodell.

Zwar bestreitet Freud die Existenz der Ich-Triebe nicht, "(es) gibt kein denkbare Motiv, Existenz oder Bedeutung der Ich-Triebe zu bestreiten." (GSW XI, S. 364), jedoch hat er deren Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung nie systematisch herausgearbeitet.

¹ H. Hartmann, Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs, 1964

Es ist das Verdienst Hartmanns, auf die Neutralität der Ich-Triebe hingewiesen zu haben und deren Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung. An diesem Punkt wurde eine Annäherung von psychoanalytischer Theorie und akademischer Psychologie, besonders der nichtpsychoanalytischen Entwicklungspsychologie geleistet.

Die von Hartmann in die Diskussion gebrachten Überlegungen haben für das Verständnis der Pubertät gewisse Konsequenzen. Der Pubertät muß als ein markantes Entwicklungsstadium in der Persönlichkeitsentwicklung ein besonderer Stellenwert zuerkannt werden.

Zum einen ist in der Pubertät - biologisch bedingt - ein verstärkter libidinös-sexueller Druck zu verzeichnen. Andererseits entwickelt das Ich erstmalig Funktionen - abgesehen von der Triebabwehr, wie sie A. Freud beschreibt - neutrale, konstante und stabile Ich-Interessen.

Die Beziehung von neutraler Ich - Energie und Libido ist wechselseitig. D. h. einerseits kann das Ich - jedenfalls zeitweise - von libidinöser Energie "überflutet" werden, andererseits kann das Ich libidinöse Energie neutralisieren.

Hartmann zieht besonders die zweite Möglichkeit in Betracht, wenn er sagt, daß "die Fähigkeit beträchtliche Mengen Triebenergien zu neutralisieren ein Zeichen von

Ich-Stärke sein mag." Als ein zunehmend bewußter Prozeß ist dies erstmalig in der Pubertät möglich. Der Grad der Ich-Stärke, also die qualitative Herausbildung von Ich-Interessen, wird aber zum Teil durch die präödpale, ödpale- und Latenzphase determiniert. Der Pubertät fällt jedoch für die Herausbildung der Ich-Stärke die bedeutende Rolle zu.

2.7 E. H. Eriksons Identitätskonzept

Auch Erikson gilt als ein Vertreter der psychoanalytischen Ich-Psychologie. Uns interessiert hier besonders der Begriff der Identität, den Erikson in die psychoanalytische Diskussion einbringt.

Mit dem Konzept der Ich-Identität erweitert Erikson den Hartmann'schen Ich-Begriff, indem er historische, gesellschaftliche und soziale Dimensionen einbezieht.

Erikson (1966) verweist dabei auf Freud, der den Begriff der Identität nur einmal "beim Versuch, seine Bindung an das Judentum zu formulieren" benutzt. Freud spricht dort von der "klaren Bewußtheit innerer Identität" (1926), die sich nach den Worten Eriksons "nicht auf Rasse oder Religion stütze", sondern auf eine gemeinsame Bereitschaft, "in der Opposition zu leben". Identität bedeutet also für Freud, daß Sich-Bekennen zu einer bestimmten Haltung und Tradition.

"Weil ich Jude war, fand ich mich frei von vielen Vorurteilen, die andere im Gebrauch ihres Intellektes beschränkten, als Jude war ich dafür vorbereitet, in Opposition zu gehen und auf das Einvernehmen mit der 'kompakten Majorität' zu verzichten." (1926) (GSW 17). Freuds Bekenntnis zur jüdischen Tradition erleichterte es ihm eine oppositionelle und kämpferische Lebenseinstellung herauszubilden.

Erikson definiert den Begriff der Identität durch die Zugehörigkeit oder genauer durch das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe, wobei Gruppe im Sinne der bürgerlichen Soziologie verstanden wird. Hier spielt weniger das kognitive Moment, also das Erkennen der eigenen sozialen Lage und Klassenzugehörigkeit eine Rolle, als vielmehr das emotionale Moment, das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer letztlich beliebigen sozialen Gruppe. Für die Herausbildung von Ich-Identität sind jedoch beide Aspekte gleichbedeutend, nämlich das Gefühl der Zusammengehörigkeit und Solidarität (peer-group-Verhalten) als auch die Auseinandersetzung mit der familiär-kulturellen Tradition, wie ich dies schon oben angesprochen habe und das Erkennen des eigenen sozialen und ökonomischen Standortes.

Erikson bezeichnet die Pubertät als eine Identitätskrise. Krise versteht E. ausdrücklich im positiven Sinne. Er bezeichnet sie als eine normative Krise und unterscheidet sie dadurch von einer traumatischen oder neurotischen Krise.

"Aber solche normativen Entwicklungskrisen unterscheiden sich von den traumatischen und neurotischen Krisen insofern, als der Wachstumsprozeß neue Energien und die Gesellschaft neue und spezifische Möglichkeiten bereit stellen."

Damit wird der Pubertät als Konsolidierungsphase der Persönlichkeitsentwicklung ein bedeutender Stellenwert zugemessen. Durch die volle Entfaltung der Ich-Funktionen in der Adoleszenz wird es erstmalig möglich, einen Prozeß der allgemeinen Selbstreflexion und - damit tendenziell - das Erkennen der eigenen Klassenlage einzuleiten. Die

Frage: Was bin ich? Wer bin ich? nicht nur im existentiellen und existentialistischem Sinne, sondern auch im gesellschaftlichem Sinne, stellt sich beim Jugendlichen nicht nur marginal. Sie nimmt vielmehr einen zentralen Stellenwert in seinem Denken ein. Durch die Selbstreflexion wird beim Jugendlichen im hohen Maße die Grundlage für die zukünftige Persönlichkeitsentwicklung gelegt.

Dies wirkt sich besonders prognostisch günstig auf die Therapie von Jugendlichen aus. Durch diesen neuen Aspekt erfährt die klassische Psychoanalyse eine tiefgreifende Revision.

Die klassische Auffassung der determinierenden Prägung der Persönlichkeit durch die prägenitalen Phasen, deren Abschluß spätestens im fünften Lebensjahr erfolgt ist, wird unter den genannten Aspekten, die die Pubertät für die Persönlichkeitsentwicklung hat, abgeschwächt.

Erikson nimmt den Gedanken Bernfelds Psi-Pubertät wieder auf und führt den Begriff des psychosexuellen bzw. psychosozialen Moratoriums ein. Er meint damit, die Phase vom eigentlichen Beginn der Pubertät bis zu deren endgültigen Abschluß und verbindet damit die Herausbildung bzw. Fähigkeit zur genitalen Sexualität bis zur relativ abgeschlossenen Identitätsbildung, die sich durch Intimität, Partnerschaft, Elternschaft und dem Akzeptieren der sozialen Rolle auszeichnet.

Erikson nähert sich damit der soziologischen Definition von Jugend. Auch hier wird Jugend rein deskriptiv als die Zwischenphase von Kindheit und Erwachsenensein definiert. Erikson verweist bei der Diskussion über die Be-

deutung des psycho-sexuellen bzw. psychosozialen Moratoriums auf die schichtenspezifisch bzw. klassenspezifisch bedingte, unterschiedliche Dauer der Adoleszenz.

Erikson setzt die Dauer des psychosozialen Moratoriums in eindeutig positive Beziehung zum Grad der Persönlichkeitsentfaltung. Dadurch schreibt E. unausgesprochen dem bürgerlichen Individuum, das ja das Privileg des längeren Moratoriums in Anspruch nehmen kann - im Gegensatz zum proletarischen Individuum - eher die Möglichkeit und Fähigkeit einer entwickelten Individualität zu.

Sicherlich ist zutreffend, daß die potentielle Entfaltung der Persönlichkeit auch von der Dauer des "Moratoriums" abhängt. Von soziologischen Untersuchungen her ist bekannt, daß der Arbeiterjugendliche eher sexuelle Erfahrungen sammelt als der mittelständische Jugendliche. Auch schließt der Arbeiterjugendliche seine Jugend durch Berufseintritt und Heirat eher ab.

Allein daraus ist nicht zwingend notwendig abzuleiten, daß der Jugendliche aus der Arbeiterklasse, dem kein längeres psychosoziales Moratorium vergönnt ist, keine entfaltete Identität und Persönlichkeit entwickeln könne.

2.8 Exkurs: Sexualität und Masturbation

Während der Dauer des psychosexuellen Moratoriums, also nach der Erlangung der genitalen Sexualität bis zur Herstellung einer ausdauernden Objektbeziehung und Partnerschaft, ist der Jugendliche mehr oder weniger gezwungen, seine sexuellen Triebansprüche zurückzustellen.

Die Möglichkeit der Masturbation, als eine dem Jugendlichen durchaus bewußte Form der Ersatzbefriedigung, ist oft das einzige Mittel der sexuellen Triebabfuhr.

Die adoleszente Masturbation geht in ihren Wurzeln auf die präödpale Masturbation zurück. Es hängt also im wesentlichen davon ab, wie von den Eltern die kindliche Sexualität beurteilt wurde, ob in der Adoleszenz die Masturbation von Schuldgefühlen begleitet ist. Das Überwinden von Schuldgefühlen, soweit sie existieren, kann als eine aktive Ich-Leistung gesehen werden, als Überwindung der elterlichen Autorität. Das Ich steht hier zwischen Triebansprüchen, durch autoerotische Befriedigung einen Entspannungszustand, der mit Lust gekoppelt ist, herbeiführen zu können und dem mehr oder weniger verinnerlichten Verbot der sexuellen Befriedigung. Ein zu einseitiges Nachgeben der Triebregungen kann beim Jugendlichen zu Insuffizienzgefühlen, zu Empfindungen der Schwäche, des Sich-nicht-kontrollieren-könnens führen.

Die Intensität des Konfliktes ist im wesentlichen von der Stärke des Verbotes abhängig. Die ursprünglich von außen gesetzten elterlichen Verbote werden erst als Über-Ich-Strukturen verinnerlicht, in der Pubertät dann teilweise ins Ich-Ideal mitübernommen und somit Ich-synton erlebt. Dies hat zur Folge, daß der Konflikt zwischen Triebanspruch und Verbot als ein innerpsychischer Vorgang erlebt wird.

J. Joyce (1904) beschreibt dies Geschehen ausführlich in seinem Entwicklungsroman "Jugendbildnis". Der Held Stephan Dädalus erlebt diesen innerpsychisch empfundenen Konflikt, als eigenen Kampf, den schmutzigen Fluten des Lebens zu widerstehen.

"Wie töricht war doch seine Absicht gewesen! Er hatte versucht, einem Damm der Ordnung und der Eleganz gegen die schmutzige Flut des Lebens um sich zu bauen, durch anderes Betragen, durch tätiges Interesse und engeren Anschluß an die Seinen den mächtigen Anprall der in seinem Innern tobenden Fluten zu mäßigen. Alles umsonst. Von außen wie von innen war das Wasser über den Damm gebrochen: wieder einmal schäumten die Wasser über den eingestürzten Damm. Er sah auch klar die Nichtigkeit all dieser Bemühungen, die nur von ihm ausgingen. Er war denen, die er zu gewinnen versucht hatte, auch um keinen Schritt näher gekommen, keine Brücke hatte er schlagen können über Scham und Groll, die ihn von Mutter, Bruder und Schwester trennten. Er fühlte, daß er kaum eines Blutes mit ihnen war, daß er vielmehr zu ihnen in dem geheimnisvollen Verwandtschaftsverhältnis stand, das sich aus Adoption ergibt: Adoptivsohn und Adoptivbruder.

Er mühte sich, die wilden Süchte seines Herzens zu beruhigen, vor denen alles andere ihm gleichgültig und fremd war. Es kümmerte ihn wenig, daß er in Todsünde verfallen, daß sein Leben ein Gewebe von Ausflüchten und Heuchelei geworden war. Neben dieser wilden Sehnsucht die ungeheuerlichen Träume seines Innern in die Wirklichkeit umzusetzen, war ihm nichts heilig. Zynisch fand er sich ab mit den schändlichen Einzelheiten seiner geheimen Ausschweifungen, in denen er mit wahrer Lust jedes Bild, das seine Blicke auf sich gezogen hatte, beschmutzte. Tag und Nacht lebte er umgeben von Zerrbildern der äußeren Welt. Ein Gesicht, daß ihm bei Tage sittsam und unschuldig erschienen war,

erschien ihm nachts wieder im Schlafe, und dann war es ein ganz anderes, trug den Ausdruck lüsterner List, und die Augen funkelten in bestialischer Lust. Nur am Morgen quälte ihn dumpfes Erinnern an wilde, wilde Ausschweifung, dann fühlte er sich bedrückt, daß er in Sünde verstrickt war."

Die Schuldgefühle, denen Stephan Dädalus ausgeliefert ist, sind so intensiv, daß er sich seiner Familie entfremdet fühlt (er fühlt sich, als Adoptivsohn als Adoptivbruder). Darin drückt sich die Ablösungsproblematik von der Familie aus. Durch das schmerzhaftes Sich-Eingestehen seiner sexuellen Bedürfnisse (zynisch fand er sich mit seinen Ausschweifungen ab), verwirft Stephan Dädalus die tief verinnerlichten elterlichen Verbote. Er kann sich daher seiner Familie nicht mehr zugehörig fühlen.

Wenn auch nicht in dieser Dramatik, die ja vor allem, das Resultat strenger katholischer Erziehung ist, so bleibt dieser als innerlich empfundener Kampf, ein wesentlicher Konflikt des Jugendlichen. Der adäquate Umgang mit der eigenen Sexualität bildet für den Jugendlichen auch heute oft das Hauptproblem.

Nachdem sich allgemeingesellschaftlich in den letzten Jahren eine liberalere Sexualerziehung durchgesetzt hat, treten auch die Schuldgefühle des Jugendlichen bei der Masturbation nicht mehr so extrem auf.

Der Auffassung P. Blos' (1978), daß bei Kindern, bei denen bewußt versucht wurde, die Entwicklung von Schuldgefühlen zu verhindern und die auch subjektiv keine bei der Masturbation empfinden, "sich der psychische Vorgang der Masturbation von den begleitenden Phantasien vollkommen losgelöst hat und folglich ... jeder der beiden Faktoren einzeln und spezifisch ausgearbeitet worden (ist), ... (und) diese Entwicklung ... oft zu Syntombildungen (führt)." (S. 18 kann ich mich nicht anschließen.

Die kindliche Masturbation kann als eine genuine Form der autoerotischen Triebabfuhr gesehen werden, die jedoch noch von keinen Phantasien begleitet wird. Die Koppèlung von Phantasie und Masturbation erfolgt erst in der Pubertät. Die Phantasie während der Masturbation führt dem Jugendlichen den Ersatzcharakter der Masturbation vor Augen.

Erfolgt die Masturbation in der Pubertät ohne sexuell-erotische Phantasie, handelt es sich in der Regel um eine infantile Regression.

Eine Regression bzw. eine Beibehaltung der kindlichen Masturbation in der Pubertät ist nur dann zu erwarten, wenn der Jugendliche auch schon als Kind die Masturbation als autoerotische Ersatzhandlung, z.B. in Folge von Deprivationserlebnissen entwickelt hat.

Die Form der Masturbation, die nicht von sexuell-erotischen Phantasien begleitet ist, die letztlich nur dazu dient, mehr oder weniger diffus empfundene Spannungszustände aufzulösen, kann oft etwas Ritualisiertes und Zwanghaftes an sich haben. Genau dies zeigte sich bei dem schon auf Seite 81 erwähnten Borderlinepatienten, der seit seinem 8. Lebensjahr seinen Pantoffel als Onanie- und Übergangsobjekt gebrauchte. Der Patient entwickelte dabei keinerlei sexuellen-erotischen Phantasien und war sich auch keiner Schuldgefühle bewußt. Die sexuellen Phantasien waren als aggressive Mordphantasien gegenüber Frauen, denen er hoffte auf der Straße allein zu begegnen, abgespalten.

Der Patient bringt diesen Gedanken, in einer von ihm erfundenen Geschichte, die er nach zweijähriger Therapie-dauer aufgeschrieben hat, offen zum Ausdruck: "Eines hatte er im Gedanken, wenn ein Mädchen alleine rumläuft und es ist kein weiterer auf der Straße, würde er sie gerne umbringen, um sich mal richtig wohlfühlen." Die Mordphantasien tauchten erstmalig auf, nachdem der Patient eine massive Liebesenttäuschung erfahren hatte. Das Mädchen, in die der Patient verliebt war, nahm von ihm keinerlei Notiz. Der Patient konnte während der Masturbation sein Liebesobjekt nicht imaginieren, er blieb zwanghaft an seinem Pantoffel fixiert.

Die Abspaltung der sexuellen Phantasien während der Masturbation bildet jedoch nicht die Regel. Die Masturbation wird durchaus als eine Ich-syntone Form der sexuellen Befriedigung erlebt, wobei der Jugendliche seine Phantasie aktiv einsetzt. Allerdings ist häufig zu beobachten, daß der Jugendliche oft nur in der Lage ist, sich aggressiv gefärbte Bilder vorzustellen. Die Phantasien sind häufig

sexistisch reduziert. Es dominieren Vorstellungen von Prostituierten, pornographische Bilder und pin-up-girls. Zärtlich-erotische Anteile fehlen, bzw. sind abgespalten. Es kann mehrere Gründe haben, daß der Jugendliche die Sexualität als etwas Aggressives, Schmutziges und Obszönes bewertet.

Die Vorstellung sich beim Akt der Masturbation zu beschmutzen, hervorgerufen durch die Angst, von den Eltern dabei ertappt und zur Rede gestellt zu werden, kann die Assoziation von Sexualität und Schmutz nachhaltig konditionieren.

Die aggressive Sexualisierung der Werbung, die allgemein vorfindbare Koppelung von Sexualität und Gewalt etwa in den Medien und die Inflation von aggressiven Sexual- und Analbegriffen in der Umgangssprache der adoleszenten peer-groups, sind weitere Ursachen dafür, daß der Jugendliche die Sexualität aggressiv und schmutzig bewertet.

Es ist ein wichtiger Fortschritt in der Ich-Entwicklung des Jugendlichen, wenn er seine aggressiv-sexuellen Phantasien in der Masturbation zugunsten realer erotischer Objekte aufgibt, bzw. wenn er es schafft, sein erotisches Objekt in seine masturbatorischen Sexualphantasien miteinzubeziehen. Die oft auftretende Abwehr, bzw. Unfähigkeit das reale Liebesobjekt während der Masturbation das reale Liebesobjekt in die Masturbationsphantasien assimilieren zu können, hängt von dem Grad ab, inwieweit die sinnlich-aggressiv gefärbte Sexualität von den erotisch-platonischen Empfindungen abgespalten sind.¹

Ein 16jähriger Jugendlicher, der unter der Angst, schizophren zu sein, litt, beschreibt diesen Konflikt. Während der Masturbation konnte er sich nur Frauen und Mädchen vorstellen, die er nicht sonderlich mochte, bei denen die sekundären Sexualmerkmale dominierten. Die Mädchen, in die er verliebt war, konnte er sich während der Masturbation nicht vorstellen. Der Patient litt unter diesem Widerspruch und Konflikt. Er empfand die Masturbation nicht als voll befriedigend. Erst als er die Mädchen, in die er verliebt war, im Verlauf der Therapie, auch während der Masturbation imaginieren konnte, empfand er das Onanieren als Ich-synton. Auch die Häufigkeit, bzw. das zwanghafte Gefühl onanieren zu müssen, das er vorher als sein Problem formulierte, trat dann nicht mehr auf.

2.9 H. Stierlins Konzept der Delegationsmodi

In den interaktions- und kommunikationstheoretischen Ansätzen von R.D. Laing (1977), D. Cooper (1971) und G.J. Bateson (1969), werden die strukturellen Aspekte von Fa-

1 Auf die gesellschaftlichen und historischen Ursachen der Trennung bzw. Spaltung von Aggressiv-sinnlich-sexuellem einerseits, und Erotisch-platonisch-zärtlichem andererseits, kann ich hier nicht näher eingehen. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Besonders die Vertreter der Kritischen Theorie haben dies in den Beiträgen zur Autorität und Familie (1936) ausführlich diskutiert. Ein neuerer Versuch, diesem Problem auf die Spur zu kommen unternimmt Klaus Teveleit (1978) in seinem Buch "Männerphantasien". In teilweise sehr spekulativer Form, aber mit ansatzweise recht originellen Ideen, versucht Teveleit die historischen, gesellschaftlichen und psychologischen Wurzeln dieser Aufspaltung aufzuspüren.

milienbeziehungen untersucht . Die Autoren beschäftigen sich in erster Linie mit den Interaktionsmechanismen von Zweierbeziehungen, wobei die Mutter-Kind-Beziehung im Mittelpunkt steht. Besondere Aufmerksamkeit gilt der pathologischen symbiotischen Beziehungsform.

Die ambivalente Gefühlseinstellung der Mutter dem Kind gegenüber ist die charakteristische Eigenschaft dieser künstlich verlängerten Symbiose. Entgegengesetzte Information, die die Mutter verbal und averbal gleichwertig signalisiert, können zu einer fundamentalen Verunsicherung und Orientierungslosigkeit des Kindes führen. H. Stierlin bezieht diesem interaktions- und kommunikationstheoretischem Ansatz in das von ihm entwickelte familien-dynamische Konzept ein. Anders, als die oben genannten Autoren, fühlt sich Stierlin mehr der Psychoanalyse verpflichtet.

Im Mittelpunkt seiner Arbeiten steht der Ablösungsprozeß der Kinder von den Eltern. Stierlin sieht den Jugendlichen, im Gegensatz zu den bisher referierten Ansätzen nicht mehr als vereinzelt Individuum, das sich zumeist über innerpsychische Prozesse von den Eltern emanzipiert. Vielmehr ist, durch die Einbettung des Jugendlichen in die Familienstruktur, der Loslösungsprozeß zum großen Teil nur auf dem Hintergrund der Familiendynamik verständlich.

Stierlin unterscheidet drei Beziehungsmodi: Die Bindung, die Delegation und die Ausstoßung.

Der Bindungsmodus ist dadurch gekennzeichnet, daß die Eltern das Kind in der Familie festhalten. Die Festungs- oder Burgfamilie ist die charakteristischste Form, in der dieser Bindungsmodus praktiziert wird. Die Eltern versuchen die Loslösung des Jugendlichen aktiv zu verhindern. Die Mechanismen, mit denen die Bindung aufrechterhalten wird, sind sowohl bewußter wie unbewußter Natur. Ein Beispiel aus der Praxis soll dies verdeutlichen.

B. eine fünfzehnjährige adipöse Jugendliche, die wegen einer Schulphobie in Behandlung kam, erschien in der Regel nur mit ihren Eltern, selten nur mit dem Vater oder nur mit der Mutter, aber nie alleine. B. hatte Angst, daß dem Vater oder der Mutter etwas passieren könnte, während sie die Schule besuchte. Die Mutter wiederum behielt die Tochter zu Hause, wenn sie sich selbst nicht wohlfühlte. In den Sitzungen gebrauchte die Mutter teilweise den Plural, um den Zustand der Tochter zu beschreiben. Die Familienmitglieder bildeten hier ein diffuses Familien-Ich. Dies zeigte sich darin, daß zeitweise eine verbale Ich-Abgrenzung nicht mehr stattfand. Bezeichnend für die extreme Bindung B's an die Familie waren die infantilen, bzw. der Latenzphase entsprechende Interessen, wie Briefmarkensammeln und Indianer- und Abenteuergeschichtenlesen, an denen die Patientin vehement festhielt. Die infantile Regression B's erleichterte es allen Familienmitgliedern, den Bindungsmodus aufrechtzuerhalten.

Meistens tritt der Bindungsmodus in abgeschwächter Form auf und nicht so extrem, wie hier als Beispiel aufgeführt. Differenzialdiagnostisch gilt es abzuklären, ob und wie stark eine übermäßige Bindung seitens der Eltern, bzw.

eines Elternteils vorliegt. Oft verbirgt sich hinter den geäußerten Ängsten und Befürchtungen der Eltern, dem Jugendlichen "könnte etwas passieren", oder er "könnte in schlechte Gesellschaft geraten", unbewußt das Bedürfnis der Eltern, den Jugendlichen "klein" zu halten, ihn nicht erwachsenwerdenlassen zu wollen. Diese Ängste sind besonders dann verständlich, wenn die Eltern bzw. ein Elternteil allzu stark an das Kind fixiert sind - dies ist besonders häufig bei Einzelkindern der Fall - und das Kind für die Eltern in ihrer Lebensperspektive die zentrale Rolle spielt. Das Erwachsenwerden des Kindes bedeutet dann für die Eltern Verlust, Alleinsein und Verlassenwerden.

Der Delegationsmodus bezeichnet eine Beziehungsstruktur, wobei die Eltern das Kind, bzw. den Jugendlichen zumeist unbewußt beauftragen. Die Kinder bzw. Jugendlichen werden von den Eltern als Mittel zur eigenen Bedürfnisbefriedigung benutzt. Der Jugendliche wird beauftragt, eine bestimmte Aufgabe, Mission anstelle der Eltern oder eines Elternteils auszuführen.

Die Eltern benutzen den Jugendlichen unbewußt, bzw. halten ihn unbewußt dazu an, bestimmte Aufträge auszuführen, die sie sich selbst nicht eingestehen. Sie stehen diesen unbewußt **delegierten** Missionen daher ambivalent gegenüber. Ausbruchsversuche, in Form von sexueller Promiskuität, der Gebrauch von Drogen, Kriminalität und andere Formen der Verweigerung, die verbunden sind mit dem Eintauchen in eine entsprechende Subkultur, sind die Missionen, die von den Eltern oder einem Elternteil delegiert werden können.

Es kann allerdings nur dann von einem Deligationsmodus gesprochen werden, wenn die Eltern das Verhalten des Jugendlichen unbewußt gutheißen. Die Eltern müssen also unbewußt signalisieren, daß sie die Eskapaden und Erfahrungen des Jugendlichen zumindest in Teilen akzeptieren. Solche Signale des Akzeptierens können das Aushorchen sein, wo die Eltern einen verdeckten Stolz zeigen. Dies führt zur Verstärkung des Verhaltens. In den seltensten Fällen geschieht ein offenes Deligieren, wo sich die Eltern, bzw. der Jugendliche über den Auftrag bewußt sind. Beim Deligationsmodus ist die Gefühlseinstellung der Eltern dem Kind gegenüber ambivalent. Einerseits akzeptieren die Eltern das Verhalten, andererseits wird es offen verurteilt. Damit ist ein permanenter Konflikt in der Eltern-Kind-Beziehung angelegt. Diagnostisch ist es wichtig, abzuklären, ob bei den problematischen Formen des jugendlichen Verhaltens, wie etwa beim Drogenmißbrauch, verbunden mit einem Abtauchen in entsprechende Subkulturen, tatsächlich ein Delegationsmodus überhaupt vorliegt.

Ein Delegationsmodus liegt, wie gesagt, nur dann vor, wenn das problematische Verhalten des Jugendlichen von den Eltern auch unbewußt provoziert wird, also letztlich von den Eltern gewollt wird. Versteckte Bewunderung oder ein ständiges Reden über die Gefahren etwa über Drogen, die die Neugierde wecken und letztlich nur die eigenen Bedürfnisse der Eltern ausdrücken, sind subtile Mechanismen, die den Jugendlichen endlich dazu bringen können, die delegierte Mission zu übernehmen.

Ständiges Warnen, Reden und Aushorchen des Jugendlichen sind aber oft Ausdruck realer Verunsicherung der Eltern. Die Eltern haben mehr oder weniger einfach Angst, ihr Kind

könnte in "schlechte Gesellschaft geraten". Es wäre also völlig falsch und gefährlich, würde man allein auf grund jedem problematischen Verhaltens, z. B. beim Abgleiten in die Drogenszene, in der Familie einen Delegationsmodus diagnostizieren. Bei Stierlin scheint mir der Begriff der Delegation oft überstapaziert.

Hier wird den Eltern leichtfertig, allein aufgrund des problematischen Verhaltens des Jugendlichen, der Mechanismus der Delegation zugeschrieben. Den Eltern werden die Bedürfnisse, die der Jugendliche oft erst in der Subkultur aus völlig anderen Gründen entwickelt haben mag, einfach unterstellt.

Bei dem Beziehungsmodus der Delegation besteht meines Erachtens die Gefahr, daß soziale Verkehrsformen der Jugendlichen (peergroup-Verhalten), die für den Jugendlichen vor allem, die Funktion der bewußten Ab- und Ausgrenzung vom Erwachsenendasein haben, nicht mehr in ihrer sozialen und entwicklungspsychologischen Relevanz erkannt werden. Sie werden vielmehr als reine intrafamiliäre Mechanismen und Dynamismen fehlgedeutet.

Als dritten Beziehungsmodus beschreibt Stierlin den der Ausstoßung.¹ Hier herrscht eine Vernachlässigung des

1 In der psychoanalytischen Literatur wurde der Beziehungsmodus der Ausstoßung besonders von A. Aichhorn (1925) in seinen Beiträgen zur Verwahrlosung thematisiert. Aichhorn erkannte, daß die Ablehnung des Kindes durch die Eltern fast zwangsläufig zur Symptombildung der Verwahrlosung führt.

Kindes bzw. des Jugendlichen seitens der Eltern vor. Die Ablehnung wird teilweise offen praktiziert. Sie ist den Eltern dann schon mehr oder weniger bewußt. Häufig geht die Ablehnung nur von einem Elternteil aus, die dann teilweise vom anderen Partner mitübernommen wird. Das Kind wird in die Rolle des Sündenbocks gedrängt. Ist die Ablehnung schon so offensichtlich, daß das Kind nur als störender Faktor in der Beziehung der erwachsenen Partner wahrgenommen wird, so ist es dann nur noch ein kleiner Schritt zur körperlichen oder seelischen Mißhandlung.

Besonders häufig ist der Ausstoßungsmodus in Familien anzutreffen, wo ein Elternteil nicht der leibliche Elternteil des Kindes ist und dieser keine emotionale Beziehung zum Stiefkind herstellen kann.

In dem Märchen "Hänsel und Gretel" wird dieser Ausstoßungsmodus aus der Sicht der ausgestoßenen Kinder klassisch dargestellt. Die nichtleibliche Mutter, die hier als die Initiatorin der Ausstoßung auftritt, wird symbolisch als böse Hexe getötet. Nachdem die Kinder sich als Helden bewiesen haben, bleibt der Stiefmutter nichts anderes übrig, die Kinder geläutert und reuevoll zu akzeptieren.

Der Ansatz Stierlins zur Ablösungsproblematik der Jugendlichen auf dem Hintergrund der Analyse der familiären Strukturen und deren Beziehungsmechanismen, bringt sicherlich ein vertieftes Verständnis für die Problematik der Adoleszenz.

Auf der anderen Seite aber besteht die Gefahr, die Familie als alleinige, autonome, sozusagen isolierte Institution zu betrachten und zu verabsolutieren.

Bei diesem Ansatz werden zum einen der intrapsychisch ablaufende Prozeß beim Jugendlichen und zum anderen die gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen, die den Ablösungsprozeß mitbestimmen, vernachlässigt.

Der Ablösungsprozeß wird als ein quasi naturwüchsiges Resultat der Familiendynamik, als ein bloß unbewußtes reaktives Verhalten des Jugendlichen beschrieben. Der Ablösungsprozeß ist aber immer auch ein bewußter Loslösungsprozeß von den Eltern, dessen Resultat Individuation und Ich-Autonomie bedeuten, und letztlich die Möglichkeit bewußten Handelns impliziert.

2.10 Jugend und Narzißmus, Kohuts Narzißmustheorie

In letzter Zeit rückt in der Diskussion über Pubertät und Jugend der Begriff des Narzißmus verstärkt in den Vordergrund. Besonders in der sich als links verstehenden Pädagogik (siehe dazu die Päd-extra-Diskussionen (1979)) wird das psychoanalytische Narzißmuskonzept von Kohut dazu verwandt, die Erscheinungsformen des heutigen jugendlichen Verhaltens zu erklären. Das heutige Erscheinungsbild der Jugend zeichnet sich angeblich durch Resignation, Schlawfrheit, Passivität und Flucht in die jugendlichen Subkulturen aus. Das Schlagwort vom neuen Sozialisationstyp, dem oralen Flipper, der sich durch eine konsumtive Passivität auszeichnet, ist schon als ein fester Begriff in die Umgangssprache eingegangen. So etwa im Spiegel vom 9. Juni 1980, wo von einer resignierten, narzißtischen, angepaßten Jugend, als von der heutigen Jugend schlechthin gesprochen wird. Die These von der narzißtischen Ju-

gend wird unter anderem von Holzkamp (1980) in der Richtung kritisiert, daß sich in der Etikettierung der Jugend als narzißtisch, resignativ und passiv nur die Hilflosigkeit und Ratlosigkeit der Erwachsenen ausdrückt, die heutige Jugend nicht mehr zu verstehen.

Das Problem ist damit jedoch nicht hinreichend erklärt. Dennoch, es bleibt das Phänomen, eines geänderten Erscheinungsbildes der heutigen Jugend, was einer Erklärung bedarf. Daß das Verhalten des heutigen Jugendlichen in zumeist negativen oder besser abwertenden Begriffen beschrieben wird, z.B. als oraler Flipper, der passiv in sich hineinstopft und aus sich herausblubbert, der nur schlaff herumhängt, singalisiert seitens derer, die dies formulieren, sicherlich eine gewisse Hilflosigkeit, Enttäuschung und vor allem ein Nichtmehrverstehenkönnen. Andererseits trifft das Bild in großen Bereichen sicherlich zu. Die massiv werdenden Schulprobleme, das Eintauchen in Subkulturen, die wachsende Drogenproblematik, sind reale Erscheinungen, deren Problematik tendenziell zunimmt. Verweigerungsformen und Fluchtbewegungen werden heute von Jugendlichen verstärkt praktiziert. Es ist daher nur allzu verständlich, wenn besonders von der engagierten Pädagogik neue Erklärungsmodelle gesucht werden.

Thomas Ziehe entwickelt in dem Buch "Pubertät und Narzißmus" (1977), welches die Narzißmusdiskussion im wesentlichen entfacht hat, einen neuen Sozialisationstyp. Veränderte durchschnittliche Sozialisationsformen, die heute bestimmend sind, wie eine liberalere Erziehung,

verbunden mit einer sofortigen Befriedigung von oral-kaptativen und sexuellen Bedürfnissen, produzieren diesen neuen Sozialisationstyp. Ziehe bezieht sich dabei im wesentlichen auf das Narzißmuskonzept von Kohut.

In der Diskussion um den neuen Sozialisationstyp wird an die bekannten Sozialisationstheorien¹ angeknüpft, die besonders Ende der sechziger Jahre populär waren. Diese Ansätze beruhen zum großen Teil auf der Kritischen Theorie, und werden durch Elemente der angloamerikanischen Rollentheorie und Sozialpsychologie ergänzt. Hier wird der Versuch unternommen, Marxismus sowie Elemente aus der empirischen Sozialforschung und Psychoanalyse zu einer Theorie zu verbinden. Dies hat zur Folge, daß sich ein spezifischer freudomarxistischer Jargon herausgebildet hat. In der Narzißmusdiskussion zielt die Argumentation darauf ab, daß der alte Sozialisationstyp, der exemplarisch aus der autoritären patriachialischen Familie erwächst, wie ihn besonders auch Adorno (1938) empirisch versucht hat nachzuweisen, durch einen neuen, den narzißtischen Sozialisationstyp abgelöst wird.

Durch die Hinzunahme des Kohut'schen Narzißmuskonzeptes als das wesentlichste theoretische Erklärungsmodell und durch das Postulieren von veränderten gesellschaftlichen Bedingungen, wird versucht, den neuen Sozialisationstyp zu entwickeln.

1 Siehe dazu etwa Jürgen Habermas, "Thesen zur Theorie der Sozialisation", Vorlesung im SS 1968, Ffm.

Bevor ich auf das Kohut'sche Narzißmuskonzept eingehe, möchte ich mich vorher kritisch mit der linken Sozialisationstheorie auseinandersetzen.

In der linken Sozialisationstheorie wird der Prozeß der Sozialisation fast ausschließlich mit psychoanalytischen Kategorien erklärt. Die Freudsche Position wird hier unhinterfragt übernommen, die sich darin auszeichnet, daß ein unüberbrückbarer Gegensatz zwischen Subjekt (Individuum) und Objekt (Gesellschaft) postuliert wird. Daß diese Freudsche Position, in ihrer Einseitigkeit historisch bedingt war, wird nicht gesehen. Diese Einseitigkeit bildet allerdings bei Freud die Voraussetzung dafür, seine radikale humanistische Position formulieren zu können. Erst indem Freud das Individuum der Gesellschaft diametral entgegenstellte, konnte er die Neurose und damit gleichzeitig die psychische Verelendung, die durch die gesellschaftlichen Verhältnisse hervorgerufen werden, aber erst durch die Analyse der intrapsychischen Prozesse voll erfaßbar sind, in ihren Ursachen erkennen.

Die Unzulänglichkeit der linken Sozialisationstheorie besteht darin, die Weiterentwicklung der Psychoanalyse etwa hin zur Ich-Psychologie, nicht wahrgenommen wird. Das Individuum bleibt sozusagen auf der Stufe der frühen Es-Psychologie stehen. Es kann bloß blind reagieren, nie bewußt handeln. Es ist den Zwängen und den gesellschaftlichen Bedingungen passiv ausgeliefert.

Sozialisation bedeutet nicht aktive Aneignung von potentiell gesellschaftlich vorfindbaren Fertigkeiten und Fähigkeiten, sondern in erster Linie passive Anpassung des Individuums an die Gesellschaft. Die Gesellschaft wird hier letztlich dem Individuum als etwas artfremdes gegenübergestellt. Das Individuum wird letztthin als gesellschaftlich definiert.

Damit fallen die Autoren der Sozialisationstheorie hinter den anthropologischen Vorstellungen der gegenwärtigen Psychoanalyse zurück. In der Psychoanalyse wird das Individuum unter dem Aspekt der Persönlichkeitsentfaltung letztlich als zutiefst gesellschaftlich begriffen.

So sieht etwa Kohut (1975) das Ziel der Persönlichkeitsentfaltung "in der Erweiterung des Selbst, seine zunehmende Fähigkeit, eine je größere Zahl und je größere Vielfalt von anderen, mittels einer bewußt erneuerten und kultivierten, vertieften Empathie zu erfassen." Erst auf diese Grundlage scheint mir die Realisierung der Utopie von einer freien Assoziation der Individuen denkbar und möglich.

Ich möchte nun auf das Kohut'sche Narzißmuskonzept näher eingehen. Kohut selbst ordnet sich der Psychoanalytischen Ich-Psychologie zu. Die Ich-Psychologie Hartmanns, in der die begriffliche Trennung des Selbst vom Ich vollzogen wurde, die Arbeiten Eriksons, in denen der Begriff der Identität, besonders aber der Aufbau der Identität und

deren Aufrechterhaltung eine wesentliche Rolle spielen, sowie die Arbeiten von Mahler zur Phase der frühkindlichen Individuation, bilden die theoretischen Grundlagen des Kohut'schen Narzißmusbegriffes. Das eigentlich Neue in der Kohut'schen Narzißmustheorie besteht in der Revision des Freud'schen Triebkonzeptes. Kohut ergänzt die Freud'sche dichotome Triebtheorie (Libido und Aggression) durch einen dritten Trieb, den Narzißmus, bzw. dem narzißtischen Wohlbefinden. Das Ich ist bestrebt, diesen narzißtischen Zustand aufrechtzuerhalten. Dieser narzißtische Zustand wird durch ein subjektives Wohlbefinden definiert.

Genetisch hat dieser vom Ich angestrebte Zustand seinen Ursprung in dem prägenitalen Verschmelzungszustand, der Symbiose des Kindes mit der Mutter. Auch Freud bezeichnet diesen Zustand als primären Narzißmus, den das Kind jedoch im Laufe seiner Entwicklung aufgibt. Primärer Narzißmus bedeutet bei Freud die ursprüngliche nutritive Einheit von Mutter und Kind. Der sekundäre Narzißmus hingegen bedeutet - nach der durchlaufenen prägenitalen und ödipalen Entwicklung, in der das Kind gelernt hat, Objekte libidinös zu besetzen - das totale oder partielle Entziehen der Libido von den Objekten und die dadurch möglich gewordene libidinöse Besetzung des Selbst. Kohut definiert nun den Narzißmus bzw. die aktive Herstellung des narzißtischen Zustandes als einen gleichberechtigten autarken Trieb neben der Sexualität und der Aggression. Daraus ergeben sich neue Erklärungsansätze für die Psychopathologie, für eine psychoanalytische Persönlichkeitstheorie

und last not least für den therapeutischen Prozeß. Kohut verfällt dabei nicht einem einseitigen monokausalem Ansatz. Er entwickelt seine Persönlichkeitstheorie und seinen Ansatz zur Pathologie der narzißtischen Störungen nicht mit dem Konzept des Narzißmus allein. Die Interdependenz von Libido (Sexualität), Aggression und Narzißmus läßt ein komplexes Strukturgebilde der Psyche entstehen.

Kohut gibt also keine Freudschen Positionen auf, etwa wie Adler, Jung oder die neoanalytischen Abweichungen. Er ersetzt also nicht das libidinöse Triebmodell durch sein narzißtisches Konzept, sondern erweitert es dadurch. Interessant ist, daß Kohut in seinen Beiträgen, sich fast ausschließlich mit Erwachsenen beschäftigt. Kohut selbst hat das Narzißmuskonzept nie explizit auf die Pubertät angewandt. Dazu besteht auch kein Anlaß, da der Narzißmus nach Kohut nicht unbedingt ein phasenspezifisches Problem der Pubertät ist.

In der linken popularisierten Narzißmusdiskussion wird dagegen das Kohutsche Konzept plötzlich zum wesentlichen Erklärungsmoment der Pubertät schlechthin. Ich werde weiter unten auf die Gründe dieses Mißverständnisses zurückkommen.

Ätiologisch liegt der Narzißmus in der frühen Phase der Mutter-Kind-Symbiose begründet. Die pathologischen Formen der narzißtischen Störungen sind in einer nur teilweise gelungenen Individuation zu suchen. Sowohl von der Nosologie wie von der Ätiologie sind die narzißtischen Störungen zwischen der Psychose (Beibehaltung der frühkind-

lichen Mutter-Kind-Symbiose) und der Übertragungsneurose (nichtverarbeitete Traumata in den prägenitalen und der ödipalen Phase) anzusiedeln.

Die nur teilweise gelungene Individuation, die nicht abgeschlossene Loslösung aus der primären symbiotischen Beziehung zur Mutter hat zur Folge, daß das Kind das Objekt - die Mutter - nicht als ein konstantes ambivalentes Objekt wahrnimmt und erlebt. Beim Kind findet eine Aufspaltung in der Wahrnehmung und im Erleben statt. Es nimmt die Mutter entweder als böses oder gutes Objekt wahr. Diese Aufspaltung von guter Mutter (zuwendend und nährend) und böser Mutter (versagend und strafend) liegt im Verhalten, in der Interaktion, der Mutter dem Kind gegenüber begründet. Das Kind hat nicht die Möglichkeit, die Mutter als ein konstantes in ihrem Verhalten antizipierbares, durchaus ambivalentes Objekt zu erfahren. Die Mutter benutzt vielmehr das Kind ihrerseits für die Befriedigung ihrer eigenen narzißtischen Bedürfnisse. Entweder zeigt die Mutter dem Kind gegenüber eine sehr starke Zuwendung (overprotecting) oder sie versagt sich dem Kind abrupt, stößt es plötzlich zurück.

Das Kind erlebt diese entgegengesetzte Haltung der Mutter, entweder als ein narzißtisches Aufgehen in den alten symbiotischen Zustand, oder als ein tiefes (narzißtisches) Gekränktheitsein, als Fallengelassenwerden. Durch den Mechanismus der Introjektion entwickelt das Kind die beiden narzißtischen Konfigurationen, die nach Kohut (1976) bei narzißtisch gestörten Personen den Kern der Störung ausmachen, das Größen-Selbst und das idealisierte Eltern-*imago*. Die Gefühle und Stimmungen narzißtisch gestörter Persönlichkeiten oszillieren zwischen Allmachts- und Omnipotenzphantasien (ich kann alles, ich bin der Größte) einerseits und Ohnmachtsgefühlen, dem Gefühl völliger Hilflosigkeit (ich bin ein Versager, ich schaffe das nie) andererseits.

In der derzeitigen popularisierten Narzißmusdiskussion wird der heutigen Jugend oder genauer einen Großteil der heutigen Jugend dieses narzißtische Verhalten, narzißtisches Gestörtsein, im Sinne Kohuts zugeschrieben. Eine ganze Generation bzw. Teilpopulation psychopathologisch zu etikettieren muß als ein fraglicher Versuch angesehen werden, gesellschaftliche Probleme erklären zu wollen. Was als eine psychische Störung im klinischen Sinne differenzialdiagnostisch durchaus seine Berechtigung hat, wird in der soziologisch/pädagogischen Diskussion unzulässig grob verallgemeinert.

Wird der narzißtisch gestörte Typ als der neue Sozialisationstyp (NST) im nosologischen Sinne zu einem klinischen Krankheitsbild verallgemeinert, und damit zu einem allgemeinen gesellschaftlichen Phänomen erklärt, so müßte auch die Ätiologie, also die Genese des Narzißmus zu einem allgemeinen Phänomen geworden sein. Mit anderen Worten, die heutige durchschnittliche Mutter-Kind-Beziehung müßte im höchsten Grade pathologisch sein.

Warum nun gerade diese bestimmte pathologische Form der Mutter-Kind-Beziehung - die nur zum Teil gelöste Symbiose - in der heutigen Zeit die Regel sein soll, wird von den Verfechtern der popularisierten Narzißmustheorie, mit nur vagen Hinweisen begründet. Perspektivlosigkeit der Mutter soll angeblich der wesentliche Grund dafür sein (Ziehe, 1975). Warum aber die Perspektivlosigkeit der Mutter notwendigerweise eine derart pathologische Form der Mutter-Kind-Beziehung, wie sie etwa M. Mahler analysiert hat, zur Folge haben soll, wird nicht stichhaltig begründet.

Es besteht keine zwingende Notwendigkeit, allein aus der Perspektivlosigkeit der Frauen (Mütter), ein Verhalten der Mütter abzuleiten, das letztlich einen pathologischen Sozialisationstyp quasi zwangsläufig erzeugen müßte.

Diese Argumentation entbehrt zwar nicht einer gewissen Plausibilität, es wäre aber verkürzt, aus verändertem Erziehungsverhalten allein einen neuen Persönlichkeits-typ erklären zu wollen.

Ein weiteres Mißverständnis in der popularisierten Narzißmusdiskussion liegt meines Erachtens darin, daß der von Bernfeld beschriebene pubertäre Narzißmus, der dem sekundären Narzißmus von Freud in etwa entspricht, mit dem Kohut'schen Narzißmusbegriff einfach gleichgesetzt wird.

Die Herausbildung des pubertären Narzißmus hat ihre Ursache, wie oben beschrieben, in der Ablösung von den Eltern, in der Aufgabe der ödipalen Objekte bei gleichzeitig fehlenden nicht-ödipalen Liebesobjekten. Die narzißtische Besetzung des pubertären Selbst ist in dem oben beschriebenen Sinne, der Pubertät allerdings spezifisch und eigen. Dies zeigt sich besonders deutlich etwa in der narzißtischen Besetzung des eigenen Körpers, oder wie schon oben beschrieben (S. 14) in der intensiven Beschäftigung mit sich selbst. Allein daraus eine narzißtische Störung im Sinne Kohuts ableiten zu wollen, wäre verfehlt.

Andererseits ermöglicht der Kohutsche Ansatz durchaus eine vertiefte Einsicht in die akute pubertäre narzißtische Problematik. Ein hohes Maß an narzißtischer Kränkbarkeit und Verletzlichkeit, das Verschmelzen und Aufgehen im

sogenannten ozenaischem Gefühl etwa in der Beatmusik und im Tanz (Ruth-Gisela Klausmeier , Pubertät und Beatmusik, 1973), als einige typische narzißtische Befindlichkeiten, sind sicherlich in der Pubertät gehäuft - jedoch auch bei dem Erwachsenen - zu beobachten. Dies berechtigt jedoch nicht, generell den Jugendlichen eine narzißtische Störung zuzuschreiben und sie somit pathologisch zu etikettieren.

In der Diskussion um den neuen Sozialisationstyp wird weitgehend mit dem Narzißmuskonzept allein versucht das jugendliche subkulturelle Verhalten zu erklären. Solch eine monokausale psychologische Betrachtungsweise der pubertären Psyche ist aber unzureichend und verkürzt. Dies wird der Komplexität des Gegenstandes nicht gerecht. Zum einen werden hier die libidinösen Aspekte und die familiendynamischen Prozesse nicht berücksichtigt und zum anderen werden die sich entwickelnden kognitiven Ich-Strukturen des Jugendlichen völlig außer acht gelassen.

Das Eintauchen des Jugendlichen in die entsprechenden Subkulturen sowie das Praktizieren von Verweigerung wird nicht positiv im Sinne eines aktiven Versuches der Lösung und Identitätsfindung gesehen, sondern als ein passives Ausgeliefertsein an frühkindlich quasi schicksalhaft erworbene Charakterstrukturen.

Daß Teile der heutigen Jugend vermehrt in Subkulturen abdriften, etwa drogenabhängig werden, oder aktiv Verweigerung praktizieren, liegt primär in den sich ökonomisch verschärfenden Bedingungen begründet und nicht, wie dies die Verfechter des neuen Sozialisationstyps Glauben machen wollen, in einem der Sozialisation geschuldeten, neuen Persönlichkeitstypus.

Auch ist das jugendliche subkulturelle Verhalten, dem die Erwachsenenwelt teilweise hilflos gegenübersteht, keine völlig neue Erscheinung. Besonders in Phasen wirtschaftlicher Rezession ist dieses Phänomen verstärkt zu beobachten. So gab es etwa vor dem ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik in den zwanziger Jahren eine sehr starke Jugendbewegung.

Allerdings haben sich die Formen und Inhalte der jugendlichen Subkulturen geändert. Zudem ist ein verstärkter gesellschaftlicher Abgrenzungs- und Ausgrenzungsprozeß der Jugend zu verzeichnen. Holzkamp (1980) spricht gar von einer zunehmenden Ghettoisierung der Jugend. Die Ursachen dieser zunehmenden Ghettoisierung liegen in einem verlängerten psychosozialen Moratorium (Erikson). Der Zeitraum nach der Beendigung der Kindheit bis zum Eintritt in die Berufstätigkeit hat sich aus ökonomischen Gründen (durchschnittlich allgemein höhere Qualifikation, z.B. Einführung des 10. Pflichtschuljahres) gegenüber früher deutlich verlängert.

Was die Formen und Inhalte des jugendlichen Verhaltens angeht, so ist hier eine grundlegende Wandlung zu verzeichnen. Zumindest bei einem großen Teil der Jugend macht sich ein zunehmender Desillusionierungsprozeß geltend.

Nicht nur die Arbeiterjugendlichen sehen sich zusehends einer Perspektivlosigkeit in ihren Entwicklungsmöglichkeiten gegenübergestellt, auch für die Jugendlichen aus der Mittelschicht, ist das in der bürgerlichen Ideologie verbrieftete Recht auf freier Entfaltung der Persönlichkeit nicht einklagbar und realisierbar.

Die vielfältigen Formen jugendlicher Protestbewegungen (Punk, Fußballfanclubs, Hausbesetzerszene und die alternativen Lebensformen), um nur einige zu nennen, sind unterschiedliche aber letztlich klassenspezifische bedingte Ausdrucksformen eines mehr oder weniger stark empfundenen Unbehagens an "der Gesellschaft".

Auffallend ist dabei, daß der Freizeit eine hervorragende Bedeutung zufällt. Die Ablehnung, bzw. negative Bewertung der Schule und eine veränderte Einstellung zur Leistung, auf der einen Seite und das Noch- nicht - Verankertsein im Beruf und einer eigenen Familie, zentrieren das Interesse des Jugendlichen auf den Freizeitbereich.

Beat und Popmusik, die durch die audiovisuellen Medien und durch eine entwickelte Tonträger-Technik intensiv, quasi körperlich, erlebt wird, bekommen für das Wohlbefinden und die Identitätsfindung des Jugendlichen einen bedeutsamen Stellenwert. Eine rezeptiv passive Konsumhaltung, bei einem gleichzeitig sich bemerkbar machendem und empfundenem Defizit im kreativ-produktiven Bereich, kennzeichnen dieses Freizeitverhalten. Das von den Vertretern des NST kritisierte passive Konsumverhalten der Jugendlichen hat meines Erachtens eine materielle Ursache.

2.11 Zusammenfassung

Abschließend fasse ich kurz die wesentlichen Punkte zusammen, die meines Erachtens für die Adoleszenz, als eine normative Krise (Erikson) der Persönlichkeitsentwicklung, bedeutsam sind. Besonders unter dem Aspekt der Therapie von Jugendlichen erscheint mir diese Zusammenfassung wichtig. In der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen stehen diese Konflikte im Mittelpunkt. An der vertieften Aufarbeitung dieser Problemfelder hat sich der therapeutische Prozeß letztlich auszurichten.

Der Ablösungsprozeß des Jugendlichen von der Familie ist die eigentliche Aufgabe die der Jugendliche zu leisten hat. Eng verbunden damit sind die familiendynamischen Prozesse, die dem Jugendlichen diesen Ablösungsprozeß in der Regel eher erschweren als erleichtern.

Ein weiteres zentrales Problem bleibt für den Jugendlichen der Umgang mit der eigenen genitalen Sexualität. Durch das verstärkte Auftreten der narzißtischen Komponente (Bernfeld und Kohut), durch den Ablösungsprozeß bedingt (Aufgabe der ödipalen Objekte), bildet der Jugendliche besondere Persönlichkeitsmerkmale heraus, wie etwa leichtes Gekränktsein, Omnipotenzvorstellungen, Ohnmachtsgefühle etc.

Die Herausbildung autarker Ich-Interessen ermöglicht es dem Jugendlichen, sich erstmalig umfassend mit politischen und ideologischen Systemen auseinanderzusetzen. Traditionsbewältigung und Identitätssuche werden dadurch möglich.

Vorläufiges Resultat und Abschluß der Adoleszenz ist eine beginnende, schon mehr oder weniger festgelegte Identitätsbildung.

Das Zusammentreffen von Konfliktpotentialen und verdichteten Wandlungsphänomenen definiert die Adoleszenz als eine wesentliche Konsolidierungsphase der Persönlichkeitsentwicklung. Die notwendige Sensibilität, die der Adoleszente im Rahmen der auch subjektiv empfundenen existentiellen Krise entwickelt, wirkt sich äußerst positiv auf die Prognose der Therapie von Jugendlichen auf.

Der Wunsch nach Veränderbarkeit, intensives Auseinandersetzen mit der Familie, Infragestellen von Wertvorstellungen, stehen im Mittelpunkt der Identitätssuche und -findung des Jugendlichen. All dies sind besonders günstige Bedingungen und Voraussetzungen für die therapeutische Arbeit, aber auch die Quelle von Störungen.

Spezifische Merkmale der adoleszenten Erlebniswelt

"Aber mit der Pubertät fängt die Divergenz an
und wird, wie die Radian eines Cirkels, immer
größer"

Arthur Schopenhauer

3.1 Vorbemerkung

Wie ich im vorherigen Teil aufgezeigt habe, sind in der Adoleszenz bestimmte psychische Umbruchsprozesse vorherrschend. Die eher formale Definition der Adoleszenz als Übergangsfeld von der Kindheit zum Erwachsenenalter, weist zwar auf die in der Adoleszenz vorherrschenden Problemkreise hin, wie Ablösung vom Elternhaus, die Suche nach einem Partner, die berufliche Orientierung etc., reicht jedoch nicht zur Beantwortung meiner Fragestellung hin.

Mich interessiert die Frage, wie der Jugendliche den Ablösungsprozeß, die sich geltend machenden sexuellen Bedürfnisse, die Identitätskrise erlebt, wahrnimmt und damit umgeht.

Um das Erleben des Jugendlichen zu begreifen, weiter gefaßt, in die Erlebniswelt des Jugendlichen empathisch einzutauchen zu können, reicht ein nur theoretisch angeeignetes Wissen über Adoleszenz, ob dies nun eher sozialpsychologisch, lerntheoretisch oder psychoanalytisch akzentuiert sein mag, nicht aus.

Das Wissen um die zentralen Probleme der Adoleszenz ist zwar eine notwendige Voraussetzung, jedoch in keiner Weise hinreichend, für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses mit Jugendlichen.

Ein Wissenschaftler etwa, der sich lange Zeit intensiv mit "Jugend" beschäftigt haben mag, wissenschaftlich auf dem Gebiet durchaus als Fachmann allgemein anerkannt ist, könnte sein Wissen nicht einfach in die Praxis, d.h. in die Therapie mit Jugendlichen umsetzen.

Um in die Erlebniswelt des Jugendlichen einzutauchen - und dies ist eine wesentliche Voraussetzung um therapeutisch zu arbeiten - muß der Therapeut, die den Jugendlichen belastenden Probleme, nicht nur intellektuell begreifen, sondern die Gefühle und Affekte des Jugendlichen mitempfinden können.

Die Fähigkeit des emotionalen Mitschwingens, die ein kognitives Begreifen der jugendlichen Konflikte einschließt, kann der Therapeut nur dann realisieren, wenn er die Affekte, Gefühle und Empfindungen des Jugendlichen bei sich selber zuläßt bzw. zulassen kann.

Erst die Wahrnehmung der Gefühle, Affekte und Erlebnis-inhalte des Jugendlichen wie Wut, Aggression, Verzweiflung, Angst etc., und deren Spiegelung ermöglichen die Ingangsetzung und Aufrechterhaltung des therapeutischen Prozesses. Das Verstehen, das empathische Nachvollziehen der subjektiven Befindlichkeit des Jugendlichen, bildet eine unabdingbare Voraussetzung, um mit Jugendlichen therapeutisch zu arbeiten.

Wie dies im einzelnen Fall aussieht, und wie diese Fähigkeit beim Therapeuten zu realisieren ist, wird in den Teilen 2 und 3 Thema der Diskussion sein.

Die vorherrschenden Konflikte des Jugendlichen resultieren aus dem Prozeß der Ablösung und der sich geltend machenden Sexualität, die eng miteinander verflochten sind. Diese Konflikte erlebt der Jugendliche als Krise, d.h. der Jugendliche erfährt eine Identitätsdiffusion. Die Suche nach einer Identität gewinnt für ihn, unter den Aspekten Loslösung, Sexualität und beruflich, gesellschaftliche Perspektive, zentrale Bedeutung in seinem Leben.

Wie erlebt der Jugendliche diese Konflikte, wie nimmt er sie wahr, wie geht er mit ihnen um? Welche psychischen Mechanismen, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten stehen dem Jugendlichen zur Verfügung, die Konflikte aktiv zu bewältigen? Besonders unter dem klinischen und therapeutischen Aspekt ist zu fragen, wie der Jugendliche die Krise nicht bewältigt, daran scheitert, symptomatisiert, die Konflikte abwehrt, bestimmte Fluchtstrategien entwickelt, wie Drogenmißbrauch, Verweigerungsverhalten oder Regression in infantiles Verhalten. Um diese Fragen hinreichend beantworten zu können ist es, wie oben schon angedeutet, notwendig, die spezifischen strukturellen Aspekte der adoleszenten Psyche herauszuarbeiten, die sich sowohl von denen des Kindes sowie des Erwachsenen in wesentlichen Bereichen unterscheiden.

3.2 Der Ablösungsprozeß

Im Gegensatz zum Kind erlebt der Jugendliche die Abhängigkeit von den Eltern, von der Familie zunehmend bewußter. Er versucht sich gezielt von den Eltern, der Familie zu lösen.

Es wäre verkürzt behaupten zu wollen, daß die psychische Abhängigkeit, das emotionale Eingebundensein in die Familie mit zunehmenden Alter geringer werden würde.

Die Abhängigkeit von den Eltern und das Eingebettetsein in die Familienstruktur und -dynamik ist bei dem Jugendlichen ebenso vielschichtig und kompliziert, wie beim Kind. Oft verschärfen sich sogar die familiendynamischen Konflikte, bedingt durch die Eigendynamik, die in der Adoleszenz angelegt ist. Die Brisanz der Familiendynamik wird oft erst durch den Ablösungsprozeß des Jugendlichen in aller Schärfe aufgezeigt.

Erst die Herausbildung physischer und intellektueller Qualitäten ermöglicht es dem Jugendlichen - im Gegensatz zum Kind - sich zur Wehr zu setzen. Allein dadurch ist schon die Möglichkeit der Entstehung und einer Eskalation von Konflikten angelegt.

Folgendes Beispiel verdeutlicht, wie die Familiendynamik in aller Schärfe sichtbar wurde:

Ein 13jähriger Jugendliche blieb erstmalig 4 Tage von zu Hause weg. Der Jugendliche suchte seit seinem vierten Lebensjahr, mit seiner Mutter, mit kurzen Unterbrechungen, etliche Beratungsstellen auf. Es kam aber immer wieder zu Therapieabbrüchen, weil der Vater sich vehement weigerte, sich in die Beratung einbeziehen zu lassen. Der Jugendliche hatte eine ausgesprochene Sündenbockfunktion in der Familie inne, er war Symptomträger der Familie. Das Hauptproblem war hier eine negative Vater-Sohn-Beziehung. Der Vater schlug den Sohn, lehnte ihn insgeheim ab. Mit seinem autoritären Erziehungsstil, versuchte er dem Kind einzuprügeln, daß er es einmal besser als der Vater haben sollte. Nachdem der Vater einmal wieder besonders brutal mit dem Sohn umgegangen war, lief dieser von zu Hause fort.

Als der Sohn von der Polizei zurückgebracht wurde (der Vater war bis vor kurzem selber Polizist, mußte seinen Beruf, den er über alles liebt, aber aufgeben) reagierte der Vater, für die Familie völlig unerwartet, mit heftigem Weinen.

Durch den Zusammenbruch der Autorität des Vaters, der auch durch die erzwungene Aufgabe des Polizistenberufes mit verursacht wurde, veränderte sich schlagartig die Familiendynamik.

Von diesem Zeitpunkt an, machte der Vater dem Sohn keinerlei Vorwürfe mehr, er gab die Hoffnung an seinen Sohn auf, er resignierte. Im Beratungsgespräch war sich der Jugendliche durchaus seiner gewonnenen Stärke und Macht, die er durch den Schritt des Weglaufens gewonnen hatte, bewußt. Erleichtert gestand er ein, daß es jetzt in der Familie zu weniger Auseinandersetzungen komme, und daß ihn jetzt der Vater in Ruhe lasse, und er machen könne, was er wolle.

Durch den Mechanismus der Introjektion hat der Jugendliche im Laufe seiner persönlichen Geschichte (Familien-geschichte), bestimmte Introjekte, Vater- und Mutterbilder, schon relativ fest aufbaut und verinnerlicht. Diese Imagines können positiv als Ich-Ideal wirksam werden, wie Freud dies im "Untergang des Odipuskomplex" beschreibt, wobei sich dann das in der Kindheit angstbesetzte Über-Ich zu einem Ich-syntonen Ich-Ideal gewandelt hat. Andererseits kann aber auch eine Spaltung der Introjekte in ein gutes und ein böses Objekt erfolgen, in dem Sinne, wie es Kernberg und Kohut beschrieben haben.

(vergl. dazu S. 115)

Liegt eine derartige Aufspaltung vor, die nach psychoanalytischen Erkenntnissen während der frühen Kindheit vor der prägenitalen Phase manifestiert wurde, so wird während der Adoleszenz aufgrund der spezifischen Erlebnisswelt des Jugendlichen, diese Aufspaltung aktualisiert.

Der Ablösungsprozeß wird dann vom Jugendlichen extrem ambivalent erlebt. Der Jugendliche agiert dann dementsprechend. Er schwankt zwischen starken Haßgefühlen und starken Zärtlichkeitsgefühlen. Dies zeigte sich in aller Deutlichkeit bei einem 13jährigen Jungen, der mit seiner Mutter allein lebte und deren ambivalente Beziehung sich bis in die früheste Kindheit zurückverfolgen ließ. Der Jugendliche zerstörte zeitweise die Wohnungseinrichtung, versuchte in der Wohnung Feuer zu legen und griff die Mutter körperlich an, andererseits kam es fast abrupt zu überschwenglichen Versöhnungsgesten und zu stark sexuell getöntem Austausch von Zärtlichkeiten, wenn er abends bei seiner Mutter mit im Bett schlief.

Selbstverständlich geht in einem derartigen Fall die Ambivalenz genauso von dem Elternteil bzw. den Eltern wie von dem Jugendlichen aus. Uns interessiert hier aber in erster Linie, wie der Jugendliche diese Ambivalenz erlebt und damit umgeht.

In seinem Erleben nimmt der Jugendliche die Mutter oder den Vater, zeichnen sie sich durch eine ambivalente Haltung aus, als gespalten wahr. Entweder ist die jeweilige Bezugsperson gut oder sie ist böse. Der Jugendliche kann dann auf dem Hintergrund seiner Erfahrung der Mutter bzw. dem Vater entweder nur aggressiv oder nur zärtlich begegnen. Er hat somit, durch den Mechanismus der Introjektion, diese Ambivalenz übernommen und wiederholt sie, initiiert sie lediglich.

Gelingt es dem Jugendlichen, das gute Verhalten (Zuwendung) und das böse Verhalten (Versagung) lediglich als zwei Aspekte antizipierbarer Verhaltensweisen der Bezugsperson wahrzunehmen, bzw. zu erleben, so wäre die Spaltung des Introjektes in ein gutes und böses Objekt überwunden.

Bei Patienten mit einer derartigen Spaltungssymptomatik, kommt dem Therapeuten die Aufgabe zu, dem Patienten die Erfahrung einer gleichbleibenden Empathie gerade dann zu ermöglichen, wenn der Patient die Spaltung seiner Gefühle in der Übertragung auf den Therapeuten initiiert und wiederholt. Dies kann für den Therapeuten besonders belastend sein. Einerseits wird der Therapeut abgelehnt, gehaßt und mit Schuldvorwürfen überschüttet, andererseits idealisiert und umworben. Für den Therapeuten ist es dann oft schwierig, die geforderte gleichbleibende Empathie zu realisieren. Er darf nicht bei Ablehnung mit Kränkung und bei Idealisierung etwa mit Omnipotenzgefühlen reagieren. Diesen Gegenübertragungsreaktionen anheim zu fallen, hieße, den Patienten in seinem Teufelskreis des Erlebens zu belassen.

Ein 15jähriger Jugendlicher mit einer massiven borderline Symptomatik, der schon zweimal längere Zeit stationär in psychiatrischer Behandlung war, wirkte in dem Erstgespräch überaus sensibel und zugewandt und schilderte sehr eindrucksvoll und differenziert seine Konflikte und Probleme. Zu dem zweiten vereinbarten Gespräch erschien er nicht.

In einem telefonischen Gespräch tat er erstaunt, verleugnete sich, sagte, er kenne mich nicht, fragte, wer ich überhaupt sei. Spontan reagierte ich darauf mit einem Anflug von Kränkung und Wut, spielte kurz mit dem Gedanken, dem Jugendlichen zu einem späteren Zeitpunkt einen anderen Termin anzubieten. Ich entschloß mich dann jedoch dazu,

sofort einen Hausbesuch bei ihm zu machen. Der Jugendliche willigte nach einigem Zögern schließlich ein. Im anschließenden Hausbesuch konnte dann an das letzte Gespräch atmosphärisch, problemlos angeknüpft werden.

Mit den introjezierten Vater- und Mutterbildern verinnerlicht der Jugendliche bestimmte Anteile der Eltern, die für sein weiteres Leben bestimmend sind.

Welche Anteile, welche Persönlichkeitseigenschaften der Jugendliche von der Mutter und den Vater übernimmt, ist von der emotionalen Beziehung zu dem jeweiligen Elternteil abhängig, die in der Kindheit vorherrschend waren. Ist die emotionale Abhängigkeit von einem Elternteil oder beiden Eltern, auch noch in der Adoleszenz stark ausgeprägt und beherrschend, so wird dem Jugendlichen der Ablösungsprozeß erschwert. Er kann darauf nur reagieren, wenn er massiv mit einem Ausbruchsversuch reagiert - dies erfordert allerdings eine gewisse Ich-Stärke - oder sich unbewußt unterwirft.

Anhand von drei Beispielen aus der Literatur, möchte ich die unterschiedlichen Versuche der Ablösung von den Eltern darstellen.

Eines der eindrucksvollsten Zeugnisse in der deutschsprachigen Literatur für einen nie abgeschlossenen Ablösungsprozeß, ist der Brief Kafaks an den Vater, den er mit 36 Jahren schrieb. Hier nur eine kurze Sentenz, die dieses Drama des Kafkaschen "Prozesses" der Ablösung von seinem überstarken Vater nur ahnen läßt.

".....ich zum Beispiel hätte nicht immerfort gewissermaßen im innersten, strengsten, zugschnürenden Ring Deines Einflusses wohnen dürfen, wie ich es ja wirklich getan habe. Ich verlor dadurch nicht nur den Familiensinn, wie Du sagst, im Gegenteil, eher hatte ich noch Sinn für die Familie, allerdings hauptsächlich negativ für die (natürlich nie zu beendigende) innere Ablösung von Dir. Die Beziehungen zu den Menschen außerhalb der Familie litten aber durch Deinen Einfluß womöglich noch mehr. Du bist durchaus im Irrtum, wenn Du glaubst, für die anderen Menschen tue ich aus Liebe und Treue alles, für Dich und die Familie aus Kälte und Verrat nichts. Ich wiederhole zum zehntenmal,Ich hatte vor Dir das Selbstvertrauen verloren, dafür ein grenzenloses Schuldbewußtsein eingetauscht. (In Erinnerung an diese Grenzenlosigkeit schrieb ich von jemandem einmal richtig: 'Er fürchtet, die Scham werde ihn noch überleben.') Ich konnte mich nicht plötzlich verwandeln, wenn ich mit anderen Menschen zusammenkam, ich kam vielmehr ihnen gegenüber noch in tieferes Schuldbewußtsein, denn ich mußte ja, wie ich schon sagte, das an ihnen gutmachen, was Du unter meiner Mitverantwortung im Geschäft an ihnen verschuldet hattest. Außerdem hattest Du ja gegen jeden, mit dem ich verkehrte, offen oder im geheimen etwas."

Kafka erinnert schmerzhaft die immer noch wirksame Abhängigkeit vom Vater. Er ist sich durchaus den Wiederholungszwängen bewußt, "Ich wiederhole zum zehntenmal", mit denen er immer wieder veruschte, die überstarke Autorität des Vaters, die er als "tiefes Schuldbewußtsein" verinnerlicht hat, letztlich erfolglos zu überwinden.

Obwohl Kafka die Mutter in seiner Erinnerung als "grenzenlos gut" phantasiert, konnte sie, da der Vater so überaus stark und fordernd war, keinen emotionalen Ausgleich bieten, keine emotionale Kraft sein, an der er sich aufrichten konnte.

"Es ist wahr, daß die Mutter grenzenlos gut zu mir war, aber alles das stand für mich in Beziehung zu Dir, also in keiner guten Beziehung. Die Mutter hatte unbewußt die Rolle eines Treibers in der Jagd."

Hingegen beschreibt Joyce den Vater Stephans eher als schwach. In dem Roman "Jugendbildnis" schildert J. wie Stephan, die Hauptfigur des Romans, den Vater auf einer gemeinsamen Fahrt erlebte. Stephan wendet sich enttäuscht vom Vater ab.

"Die Stimme seines Vaters machte ihn müde, ekelte ihn an." Stephan nimmt hier Abschied von der Kindheit, löst sich vom Bild des Vaters. Am Ende der gemeinsamen Fahrt wird ihm all dies bewußt, eine innere Leere, aber auch das Gefühl von Freiheit und Ungebundensein, breitet sich aus.

"Seine Kindheit war tot oder verloren, und mit ihr starb seine Seele, die der einfachen Freuden wohl fähig war, und er trieb durch das Leben wie der unfruchtbare Mond.

"Ohne Gefährten mußt du wandern

Mut den Himmel erklettern, zur Erde herabstarr'n.

Schaust du deshalb so müde und bleich aus? "

Die unübersehbare Trauer, die hier mitschwingt, resultiert aus der schmerzlichen Erfahrung des Verlustes der Bezugsobjekte aus der Kindheit. "Ohne Gefährten mußt du wandern."

Proust erlebte seinen Vater streng und bestimmend in der traditionellen Rolle des Familienoberhauptes. Andererseits war Proust aber immer wieder überrascht von dem "unerwarteten Wohlwollen", das ihm vom Vater zuteil wurde. Allein diese Seite scheint für Proust die bestimmende gewesen zu sein, die letztlich sein Bild vom Vater geprägt hat und eine innere Ablösung erschwerte.

In "Auf der Suche nach der verlorenen Zeit" schildert Proust zwei Schlüsselerlebnisse, wie der Vater unerwartet den Wünschen des Kindes bzw. später des Jugendlichen entspricht.

Als der junge Marcel es kaum zu hoffen wagte, der Mutter einen letzten Gute-Nacht-Kuß zu geben, erlaubte der Vater ihm doch noch die Mutter zu sehen und ermöglichte letztlich sogar, daß die Mutter die Nacht bei ihm blieb.

"Einen Augenblick lang schaute er mich mit erstaunter und auch ärgerlicher Miene an, dann aber, sobald Mama in ein paar verlegenen Worten erklärt hatte, um was es sich handelte, sagte er: "Aber so geh schon mit ihm, du hast ja eben selbst gesagt, du seiest noch gar nicht müde; bleib ein bißchen bei ihm in seinem Zimmer, ich brauche nichts mehr." - "Aber lieber Freund", brachte meine Mutter schüchtern hervor, "ob ich müde bin oder nicht, das ändert doch

nichts an der Sache selbst, man darf das Kind doch nicht daran gewöhnen ..." - "Wer spricht denn von gewöhnen", gab mein Vater achselzuckend zurück, "du siehst ja, der Kleine hat Kummer, er sieht ja ganz verzweifelt aus; wir sind doch keine Unmenschen! Wenn er nachher krank ist, hast du auch nichts weiter davon! Es stehen ja zwei Betten in seinem Zimmer, sage doch Francoise, sie soll dir das große richten, und schlafe bei ihm. Also, gute Nacht, ich bin gottlob nicht nervös, ich lege mich jetzt hin." Meinem Vater danken kam nicht in Frage; er hätte sich dann über das geärgert, was er als 'Getue' bezeichnete."

Ein anderes Mal, tollerierte der Vater - für den jugendlichen Marcel völlig unerwarte - den Wunsch, Schriftsteller zu werden.

"Aber laß ihn doch", rief mein Vater aus, "man muß vor allem Freude haben an dem, was man tut. Er ist ja schließlich kein Kind mehr. Er weiß jetzt schon selbst, was er will; es ist wenig wahrscheinlich, daß er sich noch ändert, und er ist durchaus imstande, selber zu entscheiden, was ihn im Leben glücklich machen wird. Bevor es sich zeigte, ob ich auf Grund der Freiheit, die sie mir auferlegten, im Leben einmal glücklich oder unglücklich werde, bereiteten mir die Worte meines Vaters an diesem Abend jedenfalls nicht unbeträchtlichen Kummer. Schon immer hatten mich seine unerwarteten Freundlichkeiten mit einem so tollen Verlangen erfüllt, die geröteten Wangen oberhalb seines Bartes mit Küssen zu bedecken, daß ich ihm nur deswegen nicht nachgab, weil ich fürchten mußte, sein Mißfallen zu erregen. Wie ein Schriftsteller von einer Art Schrecken befallen wird, wenn er sieht, wie seine Träumereien, die ihm gar nicht besonders wertvoll erscheinen, da er sie von sich selbst nicht trennt, den Verleger zwingen, ein Papier zu wählen und einen Druck zu verwenden, der ihm fast zu schön dafür scheint, so fragte ich mich jetzt, ob mein Wunsch zu schreiben, auch hinreichend wichtig sei, damit mein Vater deswegen soviel Güte aufwendete."

Beide Male darf Proust dem Vater nicht das Gefühl der Dankbarkeit zeigen, da dies der Vater als "Getue bezeichnen" würde, bzw. "sein Mißfallen erregen" würde.

Durch das Hintanhalten, das Nicht-zeigen-dürfen des Gefühles der Dankbarkeit und vor allem durch die unerwartete Güte, die ihm vom Vater zuteil wurde, wird eine Abhängigkeit vom Vater evoziert; etwa in dem Sinne: Dir bin ich ewig zu Dank verpflichtet. Das Wohlwollen, die Güte des Vaters erführt Proust als eine Gnade, die ihm unerwartet zu Teil wird; sie bekommt dadurch den Charakter von etwas Unermeßlichem nicht mehr Nachvollziehbarem. Daraus resultieren wiederum Selbstzweifel und letztlich das Gefühl der Angst, dieser Gnade, dieser Güte nicht zu entsprechen, und den Vater zu enttäuschen. Das Gebundensein an den Vater bleibt durch diesen Mechanismus subtil erhalten. Die innere Ablösung wird hier deshalb so erschwert, weil in der Phantasie die unerwartete Güte des starken Vaters, als Deckerinnerung präsent bleibt. Im Grunde war der Vater gut zu mir, trotz seiner Strenge.

Diese Beispiele aus der Literatur sollen verdeutlichen, wie unterschiedlich der Ablösungsprozeß ablaufen kann, bzw. auf grund eines dominierenden Elternteils nicht, respektive nur unvollständig gelingt.

Es wäre jedoch verkürzt, das literarische Schaffen der hier genannten Autoren durch die Spezifität der Bindung etwa an den Vater, ursächlich begründen zu wollen, wie dies etwa A. Miller 1981 in bezug auf Kafka tut.

Allein die Bewältigung der Bindung an den Vater bzw. die Mutter - und nur dies interessiert uns in diesem Zusammenhang - schlägt sich in den Hauptwerken Prousts und Kafkas und in den Frühschriften Joyces mit aller Deutlichkeit und auch Tragik nieder. Gerade die Beispiele Proust und Kafka zeigen, welche psychische Energie und Kraft - hier in

Form des Schreibens benötigt wurde, um die Lösung vom Vater bzw. von der Mutter, zu bewältigen.

Der Jugendliche erlebt den Ablösungsprozeß, wie oben schon erwähnt, teilweise durchaus bewußt, d.h., er setzt sich gegen die Abhängigkeit aktiv zur Wehr.

Der Jugendliche nimmt bewußt einen Kampf eine Auseinandersetzung in Kauf. Er "läßt es darauf ankommen", er kommt später nach Hause, hört seine eigene Musik, kleidet sich anders etc.. Die Hinwendung zu einer spezifischen Jugendkultur (Musik, Kleidung) spielt dabei oft eine wesentliche Rolle. Durch das Anders-sein revoltiert der Jugendliche gegen die Wertvorstellungen der Erwachsenenwelt. Der dabei teilweise bewußt in Kauf genommene Konflikt mit den Eltern, wird vom Jugendlichen durchaus positiv erlebt. In den Auseinandersetzungen mit den Eltern, Lehrern und anderen Autoritätspersonen, gilt es für den Jugendlichen, seine neu erworbene Identität aktiv zu verteidigen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der Ablösungsprozeß auf einer doppelten Ebene abläuft, auf einer bewußten, sowie auf einer unbewußten Ebene. Diese beiden Ebenen lassen sich aber kaum voneinander trennen.

Auf der bewußten Ebene erlebt der Jugendliche die Abhängigkeit als Einengung, Beschneidung seiner Rechte, als Gängelung und setzt sich aktiv dagegen zur Wehr.

Obgleich der Jugendliche sich bewußt zur Wehr setzt, agiert er auch unbewußte Anteile mit aus, indem er etwa durch provokantes Verhalten die Autorität der Eltern in Frage stellt.

Die hier zum Ausdruck kommende innerpsychische Abhängigkeit von den Eltern kann der Jugendliche nicht verbalisieren, da er diese Ebene des Konfliktes nicht bewußt erlebt.

Extremes Beispiel für dies unbewußte Agieren war der Fall auf Seite 129 mit stark aggressivem Verhalten und einer ausgeprägten Amivalenz gegenüber der Mutter. Eine andere Möglichkeit, zeigte der Fall des adipösen Mädchens (Seite 103), das auf der Ebene infantiler Verhaltensmuster verblieb, wobei das Eingebundensein in die Familie als anscheinend durchweg positiv erlebt wurde.

Der Ablösungsprozeß erweist sich in der Therapie mit Jugendlichen mithin als ein wesentliches Kernproblem. Für den jeweiligen einzelnen Fall gilt es herauszuarbeiten, wie der Jugendliche den Ablösungsprozeß erlebt. Ist ihm die Ablösung, respektive die Bindung an den Vater, bzw. die Mutter überhaupt ein Problem, kann er darüber sprechen, oder scheint für ihn diese Problem gar nicht zu existieren?

Ein abschließendes Beispiel zu diesem Thema soll verdeutlichen, wie stark die Ablösungsproblematik im Erleben des Jugendlichen vorherrschend und unbewußt präsent ist.

Ein 17jähriges Mädchen, das wegen eines Tablettenabusus in die Beratungsstelle kam, imaginierte in einem Traum, unter Entspannungszustand eine Insel, die

aus zwei stark unterschiedlichen Welten bestand. Der eine Teil der Insel war mit einer bunten Frühlingswiese bedeckt, auf der Kinder fröhlich und vergnügt an verschiedenen Geräten spielten, auf dem anderen Teil stand ein großes weißes Haus und eine Kirche. Verschiedene Erwachsene, darunter Ärzte und ein Pfarrer waren anwesend, "sahen aber erst aus."

Die Jugendliche schwankte nun zwischen diesen beiden Welten hin und her, einerseits wollte sie mit den Kindern spielen, andererseits suchte sie den Kontakt zu den Erwachsenen und erkundete die Gebäude. In beiden Welten fühlte sie sich nicht recht wohl, jedoch auch nicht unbehaglich.

Im anschließenden Gespräch über den Tagtraum, bedurfte es kaum einer Interpretation, um die dargestellte Symbolik des Abschiedes von der Kindheit und das Noch-nicht-Vertrautsein mit der Erwachsenenwelt zu verdeutlichen.

3. 3 Das Erleben der sexuellen Konflikte

Auf der bewußten Ebene stehen die Konflikte, die durch die sich geltend machende Sexualität erzeugt werden, beim Jugendlichen im Vordergrund. Er erlebt die sexuelle Problematik drängender als die Ablösungsproblematik. Er beschäftigt sich mehr mit der Sexualität, in seinem Erleben und in seinem Denken spielt die Sexualität eine ungleich größere Rolle als die Ablösung.

Besonders in der Phantasie durchlebt der Jugendliche ausgiebig seine erotischen und sexuellen Wünsche.

Welche Bedeutung dabei der Masturbation zukommt, habe ich schon oben auf Seite 14 ausführlich diskutiert. Die sich in der Adoleszenz geltend machenden, erotisch-sexuellen sinnlichen Bedürfnisse erlebt der Jugendliche, als ein für ihn bisher unbekanntes Gefühl.

Wie der Jugendliche dieses Gefühl erlebt, kann individuell sehr unterschiedlich aussehen. Das Spektrum der Erlebnisebene kann von romantischen Gefühlen nach Zärtlichkeit, über ein quälendes Gefühl der Traurigkeit und Leere, bis hin zu Gefühlen, die durch aggressive, teilweise sogar masochistische Vorstellungen geprägt sind, reichen.

Zwar wird auch das Kind mit Sexualität konfrontiert, im Erleben des Kindes spielt jedoch die Sexualität - Sexualität ist hier im engeren Sinne als das Bedürfnis nach aktiver sexuell-genitaler Betätigung gemeint - eine nur untergeordnete Rolle. Das Kind erfährt die Sexualität als etwas primär Äußerliches. Zwar besteht beim Kind eine "natürliche" Neugier in bezug auf das Sexuelle, dieses Neugier läßt sich aber universell auf alles, dem Kind Unbekannte, gleichzeitig beziehen. Erst durch die Tabuisierung des Sexuellen, oder durch den sexuellen Mißbrauch des Kindes seitens des Erwachsenen (A. Miller, 1981, Foucault), gewinnt die Sexualität für das Kind an Bedeutung.

Bestimmend für den Jugendlichen hinsichtlich des Umgangs mit der Sexualität ist es, wie er als Kind die Sexualität im Elternhaus, in der Schule und in seiner weiteren sozialen Umwelt erlebt hat, damit konfrontiert wurde. Wurde die Sexualität tabuisiert, als etwas Schmutziges dargestellt, oder konnte der Jugendliche sie als Kind als etwas "Selbstverständliches" erleben? Bezüglich seiner Einstellung zur Sexualität ist der Jugendliche also schon in irgendeiner Weise geprägt, bzw. belastet.

Von dieser Einstellung hängt es wesentlich ab, in welcher Form der Jugendliche mit der Sexualität umgeht.

Gelingt es ihm angstfrei Kontakt zu dem anderen Geschlecht aufzunehmen, oder bestehen auf dieser Stufe schon Hemmungen und Ängste? Bestehen solche

Ängste und Hemmungen, so ist zu fragen, ob der Jugendliche primär die Angst hat, abgelehnt und enttäuscht zu werden, oder läßt er die sich geltend machenden sexuell-sinnlichen Bedürfnisse erst gar nicht zu, verdrängt er die Sexualität vollends. Auf die Mechanismen und die Bedeutung der Verdrängung der Sexualität, wie es vor allem von A. Freud dargestellt wurde, bin ich im Teil 2 schon ausführlich eingegangen.

Wie der Jugendliche mit seinen sexuellen Bedürfnissen, besonders im Hinblick auf die Wahl des Freundes respektive der Freundin umgeht, hängt auch zum Teil von dem oben diskutierten Verhältnis zu den Eltern ab. Die Beziehung des Jugendlichen zu dem gegengeschlechtlichen Elternteil, oder mit anderen Worten, tiefenpsychologisch formuliert, die verinnerlichten Objekte, beim Jungen das Mutterimago, beim Mädchen das Vaterimago, spielen bei der Wahl des Partners eine nicht unerhebliche Rolle.

Wie die Introjekte (Vater- bzw. Mutterbild) die Wahl des Partners unbewußt bestimmen, kann unterschiedlich aussehen und kann nur auf dem Hintergrund der individuellen Geschichte und den bestimmenden Erfahrungen, die der Jugendliche in seiner Kindheit im positiven und negativen Sinne in der Beziehung zum gegengeschlechtlichen Elternteil gemacht hat, im einzelnen verstanden werden.

Die Wahl des Partners, - für den Außenstehenden oft verblüffend eindeutig erkennbar - kann sich als einfache Wiederholung einer starken Mutter- bzw. Vaterbeziehung erweisen. In einem derartigen Fall würde die nicht gelungene innere Ablösung vom gegengeschlechtlichen Elternteil, durch die Wahl des Partners perpetuiert.

Wählt hingegen der Jugendliche einen Freund, bzw. eine Freundin, die vor allem die Gegenteile des verinnerlichten Vater- bzw. des Mutterbildes verkörpert, so drückt sich hier positiv die teilweise gelungene innere Ablösung vom gegengeschlechtlichen Elternteil aus. Der Jugendlichen gelingt es dann in seinen Beziehungen, Erfahrungen und Erlebnisanteile zu realisieren, die ihm in seiner Kindheit versagt blieben.

Im vorherigen Teil auf Seite 73 (Freud, 1906), wurde schon darauf hingewiesen, daß der Jugendliche beim Ablösungsprozeß - triebökonomisch formuliert - seine Libido von den in der Kindheit bedeutsamen Objekten - (Eltern) abzieht. Dies hat zur Folge, daß der Jugendliche seine Libido frei verfügbar hat.

Auf die Erlebnisebene des Jugendlichen bezogen, bedeutet dies, daß für den Jugendlichen die Suche nach einem Freund bzw. Freundin aus dem Bedürfnis nach Zuwendung, Geborgenheit und Sexualität heraus, oberste Bedeutung gewinnt.

Im Erleben, in der Phantasie des Jugendlichen, kann der Wunsch nach einer Beziehung, deutlicher formuliert, das "Habenwollen" eines Partners zum wichtigsten Punkt in seinem Leben werden.

Familie und Schule treten auf dieser Ebene hinter der aktiven Suche nach einem Partner zurück.

Allein in der Intensität dieses Wunsches und die Bedeutung, die dieser Wunsch in der Phantasie und im Erleben des Jugendlichen spielt, kann wiederum individuell sehr unterschiedlich aussehen.

Ist der Jugendliche in der Lage, das Alleinsein, das Ungebundensein überhaupt ein Stück weit zu ertragen, zu akzeptieren, oder ist das Alleinsein für ihn einfach so unerträglich, gewinnt für ihn der Wunsch, das Bedürfnis nach einem Freund/Freundin derart Oberhand, daß er daran unentwegt denken muß?

Im letztern Fall kann der Jugendliche depressiv reagieren, dabei all seine anderen Interessen vernachlässigen, der Wunsch nach einem Partner drängt sich in der Phantasie, in Tagträumen, auch ungewollt, immer wieder auf.

Gelingt es dem Jugendlichen in einer derartigen Situation bzw. Stimmungslage Kontakte herzustellen, verliebt er sich, so wird er sich aller Wahrscheinlichkeit nach an den Betreffenden klammern. Er definiert seine Identität über die Liebe oder über das vermeintliche Geliebtwerden durch die Freundin bzw. den Freund. Im letzteren Fall würde er die intensiven Gefühle nach Zärtlichkeit und Sexualität auf den vermeintlichen Partner projizieren.

Wird der Jugendliche dann vom Partner enttäuscht, erwidert dieser nicht weiter seine Gefühle, oder wird er gar von dem Partner verlassen, so kann dies der Jugendliche als tiefe Kränkung erleben und kann darauf mit suizidalen Gedanken, bzw. mit wirklichen Selbstmordversuchen reagieren.

Kommt es zu derartigen Reaktionen, so liegt der Verdacht nahe, daß hier Kränkungen und Enttäuschungen aus der Kindheit unbewußt aktualisiert werden. Daß es bei Jugendlichen öfter als bei Erwachsenen zu Suizidäußerungen und Versuchen kommt, beweist, daß der Jugendliche in seinen Gefühlen, besonders in bezug auf Liebesenttäuschung, heftiger reagiert. Der Jugendliche fühlt sich diesen Enttäuschungen, existenziell ungleich stärker ausgeliefert als der Erwachsene.

Es wäre aber einseitig und verkürzt behaupten zu wollen, daß der Jugendliche durch seine kindlichen Erfahrungen und aufgrund der verinnerlichteten Objekte, quasi schicksalhaft, auf eine bestimmte Entwicklung der Sexualität festgelegt sein würde.

Wie oben (S. 126 ff.) schon angedeutet, sucht und geht der Jugendliche, einhergehend mit dem Ablösungsprozeß, in bezug auf die Bewältigung der Sexualität, seine eigenen Wege. Der Jugendliche wendet sich bewußt, auch gerade gegen den Willen der Eltern, bestimmten Gruppen (jugendlichen Subkulturen) zu. Dadurch wird es ihm ermöglicht, eigene Erfahrungen im Umgang mit dem anderen Geschlecht zu machen, sexuelle Beziehungen kennenzulernen, die den Einstellungen und der Moral der Eltern oft zuwiderlaufen.

Dies kann, unter dem familiendynamischen Aspekt betrachtet, ein erhebliches Konfliktpotential freisetzen. Geht der Jugendliche sexuell, gegen den Willen und den moralischen Vorstellungen der Eltern, seine eigenen Wege, so kann dies zum offenen Bruch mit den Eltern führen. Die Eltern, - oft macht sich der Konflikt beim gegengeschlechtlichen Elternteil fest -, akzeptieren die Art der Sexualität nicht, oder lehnen den Freund, bzw. die Freundin, ab. Für den Jugendlichen wird das Festhalten am Freund/Freundin, bzw. die Durchsetzung seiner Sexualität, gegen die Eltern, zum Beweis für seine Unabhängigkeit. In einem nicht unerheblichen Maße definiert der Jugendliche durch diesen Machtkampf seine Stärke, seine Identität. Andererseits kann der Bruch mit den Eltern, bzw. mit einem Elternteil beim Jugendlichen unbewußt auch zu Schuldgefühlen führen. Es besteht dann unbewußt die Angst, die Eltern verletzt

und gekränkt zu haben. Häufig ist dies bei Homosexuellen, bis ins Erwachsenenalter zu beobachten, die durchaus zu ihrer Sexualität stehen, den Eltern aber tunlichst verheimlichen, daß sie homosexuell sind, mit der Begründung, vor allem die geliebte Mutter nicht zu kränken, zu verletzen. Dabei schwingt ein Schuldgefühl gegenüber den Eltern mit, letztlich doch nicht so geworden zu sein, wie es die Eltern wollten.

Kurt R. Eissler weist zurecht darauf hin, daß die entscheidende Form der späteren Sexualität in der Adoleszenz gelegt wird¹.

"In der Pubertät fällt die Entscheidung, welche Gewißeheiten schließlich mit dem Orgasmus assoziiert werden. Zum ersten Orgasmus kommt es in der Pubertät, und im Laufe der Adoleszenz, wenn der Orgasmus einen Dauerplatz im Leben des einzelnen erhält, fällt auch die Entscheidung über die Dauerform, in der sein Geschlechtsleben sich abspielen wird. Ich habe den Eindruck, daß die Bedingungen, unter denen der erste Orgasmus vorfällt, in vielen Fällen ebenso schicksalschwere Folgen haben können wie frühe Traumata der Infanzilperiode. (Psyche, Heft 10/11, Jg. 20, S. 859ff.)

1 Einschränkend muß hier bemerkt werden, daß durch den öffnetlich auf breiter Ebene geführten Diskurs über Sexualität, besonders seit Mitte der sechziger Jahre, und durch das zunehmende Infragestellen der traditionellen Frauen- und Männerrollen, seit Mitte der siebziger Jahre, das Sexualverhalten bis ins Erwachsenenalter starken Veränderungen unterliegt.

Erst in der Adoleszenz wird der Jugendliche mit der Sexualität auf der sinnlichen Ebene konfrontiert. Hier muß er sich seiner Sexualität stellen, sie Bewältigen. Seine sexuellen Erfahrungen bilden mithin die wesentliche Grundlage und Voraussetzung für die Entfaltung und Entwicklung seiner späteren Sexualität.

Im Hinblick auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung ist sowohl dem Erleben und der Gestaltung der Sexualität, sowie dem Gelingen bzw. dem Mißlingen der Ablösung von den Eltern eine wesentliche, wenn nicht gar eine prägende Bedeutung beizumessen. Für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen bedeutet dies, daß die Sexualität bzw. der Umgang mit der Sexualität neben dem Ablösungsprozeß die wichtigsten Problemkreise, die zentralen Themen der Therapie bilden.

3. 4 Die psychische Struktur des Jugendlichen

Bisher bin ich auf die inhaltlichen Aspekte, wie Sexualität, Loslösung und übergeordnet Identitätssuche eingegangen, die im subjektiven Erleben des Jugendlichen bestimmend sind. Zum Schluß werde ich unter dem Gesichtspunkt des genetischen und strukturellen Aspektes, die Spezifität der Erlebenisebene des Jugendlichen diskutieren.

Beim Kinde ist die primärprozeßhafte Erlebenisebene vorherrschend. D.h. das Kind reagiert ungebrochen spontan mit primären Affekten wie Wut, Aggression, Verschmelzung etc.. Das Kind lebt besonders bis zum Vorschulalter nach dem Lustprinzip.

Damit ist gemeint, daß das Kind seine sinnlich-vitalen Bedürfnisse nach Zuwendung, Hunger und Schlaf, aber auch nach Exploration - allem akademischen Streit zum Trotz - vehement anmeldet und auf deren sofortige Befriedigung dringt. Bei Versagung reagiert das Kleinkind mit Schreien und diffusem Unwohlsein, später differenzieren sich die primären Affekte, wie Wut, Aggression und Enttäuschung, Trauer etc.

Das Primat des Lustprinzips in der Kindheit, bedeutet jedoch nicht, daß das Kind neben den sinnlich vitalen Bedürfnissen keine anderen sekundären gesellschaftlichen Bedürfnisse (U. Osterkamp) entwickeln würde. Besonders seit der Ich-Psychologie Hartmanns, und der Entwicklungspsychologie Piagets, wurde das Augenmerk besonders auf die kognitive Entwicklung, wie Strukturierung der Wahrnehmung und Entwicklung des Denkens gelegt. Die Entfaltung der kognitiven Fertigkeiten, spielen im Erleben des Kindes durchaus eine wichtige Rolle.

Das Kind, das merkt (sic), daß es bestimmte kognitive, motorische oder sprachliche Defizite hat, wird in der Regel darauf sensibel reagieren. Vielleicht mit Aggressionen oder mit Rückzugsverhaltung und Insuffizienzgefühlen. Die sich entwickelnden kognitiven Fähigkeiten stehen also keineswegs im Gegensatz zum primärprozeßhaften Erleben des Kindes. Vor allem im Spiel fließen beide Aspekte, der kognitive und der emotionale Aspekt zusammen.

Winnicott definiert das Spiel - auf die Erlebnisebene bezogen - als Übergangsfeld. Das Kind zieht sich zurück, versenkt sich - lustbetont - in das Spiel, um dort die innere Realität, sein emotionales Erleben, mit der äußeren Realität, den objektiven Welttatbeständen (Holzkamp) zu verbinden. Für die inhaltliche Gestaltung des Spiels und deren psychische Bedeutung für das Kind, ist sowohl die kognitive wie die emotionale Entwicklung bestimmend.

Auch für das Kind im Schulalter bleibt das Spiel von wesentlicher Bedeutung, jedoch gewinnt die Schule, respektive das Erlernen von Kulturtechniken, zunehmende Bedeutung. Mit zunehmendem Alter verliert jedoch das Spiel an Bedeutung, bis es für den Jugendlichen vollends unattraktiv wird.

"Der Heranwachsende hört also auf zu spielen, er verzichtet scheinbar auf den Lustgewinn, den er aus dem Spiele bezog. Aber wer das Seelenleben des Menschen kennt, der weiß, daß ihm kaum etwas anderes so schwer wird, wie der Verzicht auf einmal gekannte Lust. Eigentlich können wir auf nichts verzichten, wir vertauschen nur eines mit dem anderen. Was ein Verzicht zu sein scheint, ist in Wirklichkeit eine Ersatz- oder Surrogatbildung. So gibt auch der Heranwachsende, wenn er aufhört zu spielen, nichts anderes auf, als die Anlehnung an reale Objekte; anstatt zu spielen phantasiert er jetzt. (hervorh. H.H.). Er baut sich Luftschlösser, schafft das, was man Tagträume nennt." (VII, S. 215)

Freud mißt der Phantasie, dem Tagtraum in der Adoleszenz eine hervorragende Bedeutung zu. Für den Jugendlichen hat die freie Phantasie, der Tagtraum die gleiche Funktion, wie das Spiel für das Kind.

Während des Tagträumens zieht sich der Jugendliche von der Realität zurück und lebt seine Wünsche und Bedürfnisse, die oft auf die Zukunft bezogen sind, in der Phantasie aus. Dadurch wird es dem Jugendlichen ermöglicht, seine Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren und selber oft erstmalig ein Stück weit kennenzulernen.

Tagträumen kann aber auch als Flucht fungieren. Besonders durch den Gebrauch von Drogen, vor allem Haschisch weniger Alkohol, aber auch durch extensiven Konsum von Musik kann das Tagträumen intensiviert werden, und so leicht als Flucht aus der Realität dienen.

Aufgrund der hervorragenden Bedeutung, die dem Tagträumen, der freien Phantasie im Erleben des Jugendlichen zukommt, lassen sich meines Erachtens bestimmte, nicht unerhebliche Konsequenzen für die Therapie mit Jugendlichen ableiten. Die Tagträume und die Phantasien des Jugendlichen eröffnen gleichsam den Zugang zu den Problemen des Klienten.

Gelingt es, die Phantasien des Jugendlichen zum Gegenstand der Therapie zu machen, so ist damit ein wesentlicher Schritt zur Bearbeitung der Probleme und Konflikte, an denen der Jugendliche leidet, getan. Ich werde im folgenden Abschnitt ausführlich auf die Bearbeitung von Tagträumen in der Therapie mit Jugendlichen eingehen.

Wie ich schon oben ausgeführt habe, kommen im Verlauf der Adoleszenz beim Jugendlichen seine intellektuellen Fähigkeiten zur vollen Entfaltung. Das Denken und die sprachliche Auseinandersetzung gewinnen in seinem Erleben an Bedeutung, psychoanalytisch formuliert gewinnt die sekundärprozeßhafte Ebene zunehmend an Bedeutung.

Andererseits ist der Jugendliche, im Gegensatz zum Erwachsenen, auf der primärprozeßhaften Ebene, noch viel stärker verhaftet. Die sekundärprozeßhaften Strukturen sind beim Erwachsenen stabiler herausgebildet und bestimmen zum großen Teil sein Erleben.

Beim Jugendlichen liegt eine spezifische Mischform von primär- und sekundärprozeßhaften Erleben vor. Gerade im Tagtraum kommt dies sehr deutlich zum Ausdruck.

Einerseits entwickelt der Jugendliche hier eine starke Phantasie, malt sich seine Zukunft in den verschiedensten Farben aus, wobei - intellektuelle Beweglichkeit, Denken und Kreativität, eine nicht erhebliche Rolle spielen, andererseits bleibt der Jugendliche seinen primären Affekten, seinen Bedürfnissen "treu", verleugnet diese keineswegs, ist vielmehr bemüht, sie in der Phantasie voll zu entfalten, voll auszuleben. Aber auch in einer anderen Hinsicht ist die spezifische Mischform des primär- und sekundärprozeßhaften Erlebens des Jugendlichen von Bedeutung.

Der Jugendliche oszilliert zwischen primärhaftem und sekundärhaftem Erleben. Einerseits scheint der Jugendliche den an ihn gestellten Anforderungen (Konflikte im Elternhaus, Schule und Freizeit) zu genügen. Oberflächlich betrachtet funktioniert der Jugendliche. Er erscheint "angepaßt", scheint keine Probleme zu haben, verbalisiert dies jedenfalls.

Andererseits kommt es beim Jugendlichen verstärkt zu affektiven Durchbrüchen, die in ihrer Intensität immer wieder ein imponierendes Bild bieten. Aggressives Verhalten, psychotische Episoden, etwa paranoide Vorstellungen, verfolgt

zu werden etc., oder akute Suizidgefährdung, bilden beim Jugendlichen eher die Regel als die Ausnahme. Diese "Symptome" müssen als Ausdruck von primären Affektdurchbrüchen wie Wut, Angst, Kränkung etc. verstanden werden.

Dieses Nebeneinander von sich geltend machenden primären Affekten und scheinbarer Stabilität, erlebt der Jugendliche selber als Widerspruch. Der Jugendliche steht seinen starken Gefühlen, die sich häufig in Affekthandlungen entladen, hilflos gegenüber. Psychoanalytisch formuliert, erlebt er die Affekthandlungen als ich-dyston, von sich abgespalten. Dieser spezifischen Erlebnisform - man könnte sie mit einem klassischen Begriff als schizoid bezeichnen - muß in der Therapie Rechnung getragen werden.

Der Therapeut sollte sich darüber im klaren sein, daß der Jugendliche über bestimmte Affekte und Gefühle, die ihn belasten, nicht bzw. kaum sprechen kann. Dennoch bleibt das Therapieziel, diese abgespaltenen Affekte und Gefühle, die dem Jugendlichen besonders zu Beginn der Therapie nicht verbal zugänglich sind, zum Gegenstand der Therapie zu machen.

Teil 4

Die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen

"Verkehr mit Menschen verführt zur
Selbstbeobachtung"

Franz Kafka

4.1 Abgrenzung zur Kinder - und Erwachsenentherapie

Fast alle Autoren, die sich mit der Therapie von Jugendlichen beschäftigen (A.Dührssen 1980, G.H.J. Pearson 1968, P. Mâle 1964, und Hart de Ruyter 1967, um nur einige zu nennen) weisen übereinstimmend darauf hin, daß sich Jugendliche als besonders therapieresistent erweisen.

So spricht etwa Dührssen von einer "allgemeine(n) und normale(n) (!sic) Gesprächsunwilligkeit bei jungen Menschen" (1980, S. 322). P. Mâle kommt zu Beginn seiner Monographie zu folgender Einschätzung: "In der französischen und angelsächsischen Literatur wird immer wieder auf die außerordentliche Schwierigkeit der Behandlung, der Kontaktherstellung, der Bestandsaufnahme oder der Planung einer Therapie bei dieser Altersgruppe hingewiesen." (1964, S. 15)

Auch Hart de Ruyter, kommt zu einer, in der Grundtendenz pessimistischen Einschätzung: "Die Voraussetzungen für die Therapie, vor allem was die psychoanalytische Therapie angeht, (sind) in der Pubertät nicht günstig." (S.240)

K.R. Eissler (1958) bemerkt in diesem Zusammenhang, daß "einige (Psychoanalytiker) grundsätzlich eine psychoanalytische Behandlung von Patienten in der Pubertät ablehnen, da die Psychoanalyse sich für diese Altersgruppe nicht eignet,.." (1958, S. 837)

Gründe für diese außerordentlichen Schwierigkeiten, die im therapeutischen Prozeß mit Jugendlichen zu verzeichnen sind, werden fast ausschließlich dem Verhalten bzw.

der psychischen Struktur des Jugendlichen zugeschrieben.

So führt etwa Hart de Ruyter gleich mehrere Argumente mit dieser Intention ins Feld: "Die Ich-Schwäche wird für die meisten Therapieformen mit Recht als Kontraindikation betrachtet. Die Pubertät lernten wir als eine Phase kennen, in der die Ich-Schwäche, jedenfalls relativ, im Mittelpunkt steht. Außerdem ist die Motivierung zur Therapie vom Patienten her in der Regel schwach oder fehlt völlig. Oft auch wird die Therapie als sehr bedrohend für das Selbstgefühl erlebt und deshalb kategorisch abgelehnt."

Weiterhin wird argumentiert, daß beim Jugendlichen eine massive, der Adoleszenz geschuldete Abwehr, im Sinne Anna Freuds, vorherrschend ist, die ihn dazu veranlaßt, gegenüber Erwachsenen im allgemeinen, im besonderen aber gegenüber Autoritäten wie etwa Psychologen und Ärzten, ein natürliches Mißtrauen entgegenzusetzen. In dieser Argumentation schwingt ein gewisses Unverständnis gegenüber der jugendlichen Erlebniswelt mit. Dem Jugendlichen wird einfach unterstellt, daß er über seine Probleme nicht reden will oder nicht reden kann, da er wie dies etwa Dührssen formuliert, nicht in der Lage ist "eine innere Verbindung zwischen seinem Krankheitszustand und verborgenen seelischen Konflikten (herzustellen)." (ebenda, S. 232)

Oder noch krasser, um nicht zu sagen, noch zynischer formuliert dies de Ruyter, indem sie behauptet, daß der Jugendliche "die Therapie als sehr bedrohend für sein Selbstgefühl erlebt." (ebenda)

Als eine zweite Ursache für die Schwierigkeit der Therapie mit Jugendlichen wird, wie schon erwähnt, die nur begrenzte

Anwendbarkeit der therapeutischen Techniken geltend gemacht.

Eissler (1958) berichtet in diesem Zusammenhang von einem Jugendlichen, der - gemäß der psa Grundregel - aufgefordert wurde, sich auf die Couch zu legen, um frei zu assoziieren, und daraufhin eingeschlafen ist. Eissler nimmt dies als einen weiteren Beweis für die Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit der Anwendbarkeit der psychoanalytischen Technik bei Jugendlichen.

Es verwundert nicht, daß in den verschiedenen Therapieschulen hinsichtlich der Therapie mit Jugendlichen kaum eigenständige Konzepte und Ansätze vorliegen.

Für alle Therapierichtungen Psa, GT und VT gilt, daß die vorhandenen Therapieansätze in bezug auf Kinder und Jugendliche aus den Techniken und Methoden der Erwachsenentherapie abgeleitet sind bzw. daraus historisch entwickelt worden sind. Dies hat dann zur Folge, daß die angewandten Techniken und Methoden in der Therapie mit Jugendlichen künstlich aufgesetzt wirken bzw. fehlschlagen, wie in dem erwähnten Beispiel von K. Eissler.

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich zu sehr an der psychischen Struktur des Erwachsenen, trägt nicht der spezifischen Erlebniswelt des Jugendlichen Rechnung. Im Verlauf der Diskussion werde ich darauf näher eingehen.

Weiterhin gilt in diesem Zusammenhang zu kritisieren, daß in den vorhandenen Ansätzen zur Kinder- und Jugendpsychotherapie keine bzw. kaum eine Differenzierung von Kinder- und Jugendpsychotherapie vorgenommen wird.

Kinder- und Jugendpsychotherapie werden - z.B. in den gängigen Lehr- und Handbüchern - als ein einheitliches Gebiet innerhalb der Psychotherapie gesehen. Dies schlägt sich vor allem auch in der Aus- und Weiterbildung nieder. Innerhalb der institutionalisierten Psychoanalyse wird die Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zusammengefaßt und nicht getrennt¹. Ich halte hingegen eine Differenzierung bzw. Trennung von Kinder- und Jugendpsychotherapie für unumgänglich, da die psychische Struktur und die subjektive Erlebniswelt des Kindes sich von der des Jugendlichen in wesentlichen Punkten unterscheidet, und somit der therapeutische Prozeß beim Jugendlichen darauf ausgerichtet werden muß.

1 Dabei ist es aufschlußreich, daß die Ausbildung zum Kinder- und Jugendtherapeuten, obgleich auch hier eine Lehranalyse, wie bei der Ausbildung zum Erwachsenen-therapeuten erforderlich ist, der Kinder- und Jugendtherapeut ungleich niedriger bewertet wird als der Erwachsenen-therapeut. So wird nur ein Arzt oder Psycholog mit klinischer Erfahrung zur Ausbildung zum E. Therapeut zugelassen, hingegen ist bei der Zulassung zum Kinder- und Jugendtherapeuten eine Lehrer-, Erzieher- oder Sozialarbeiterausbildung hinreichend.

Bevor ich mit der inhaltlichen Diskussion beginne, noch einige kurze Bemerkungen zu den klientenzentrierten und den verhaltenstherapeutischen Ansätzen bei Jugendlichen, soweit überhaupt von einem eigenständigen Ansatz gesprochen werden kann, da mir nur vereinzelte Falldarstellungen bekannt sind.

In der klientenzentrierten Psychotherapie sind besonders die Arbeiten von M. Axline zu erwähnen, in denen versucht wurde, den Roger'schen Ansatz auf die Kindertherapie zu spezifizieren. Für den deutschsprachigen Raum gilt es Schmidts (1976) zu erwähnen, der von einer klientenzentrierten Kindertherapie spricht. In der nondirektiven Kindertherapie wird dem kindlichen Spiel oberste Bedeutung beigemessen. Ähnlich wie in der Erwachsenentherapie werden für den erfolgreichen Verlauf und Gestaltung des therapeutischen Prozesses die Therapeutenvariablen (siehe S. 11 ff, Teil 1) verantwortlich gemacht. Inter-

pretationen und Deutung sind hier nur insofern zulässig, als sie der Verdeutlichung von Gefühlen und Empfindungen dienlich sind. Inhaltliche Interpretationen analytischer Art werden in der Regel nicht gegeben. Eigenständige Ansätze speziell zur Therapie mit Jugendlichen gibt es in der klientenzentrierten Richtung - bis auf einige vereinzelte Falldarstellungen - nicht (s. etwa Minsel 1973).

Die therapeutische Technik - resp. die drei bekannten Therapeutenvariablen (Verb., Empathie, Kongruenz) werden hinsichtlich der Anwendbarkeit auf die Therapie mit Jugendlichen nicht problematisiert. Auch gibt es hier kein eigenständiges gleichwertiges Medium, wie in der Kindertherapie das Spiel. Medium ist hier die Sprache wie in

der Erwachsenentherapie. Insgeheim wird mithin von der Annahme ausgegangen, daß die Therapeutenvariablen, die für die Erwachsenentherapie ihre Gültigkeit besitzen, auch für die Therapie mit Jugendlichen anwendbar bzw. funktional sind. Das dies nur bedingt der Fall ist, wird sich im Verlauf der Diskussion zeigen. Die drei Therapeutenvariablen der klientenzentrierten Psychotherapie allein sind m.E. für das Gelingen der Therapie bei Jugendlichen durchaus notwendig, jedoch nicht hinreichend.

Auch in der Verhaltenstherapie gibt es überwiegend nur Spezifizierungen hinsichtlich der Therapie mit Kindern und nur vereinzelte Falldarstellungen von Jugendlichen. Verhaltensmodifikationstechniken, wie Verstärkung, Lernen am Modell, time out, aber auch die neueren kognitiven Ansätze, bilden in der Regel die Schwerpunkte des therapeutischen Eingriffes. Interessant ist, daß in der letzten Zeit in der Therapie mit Kindern auch hier zunehmend dem Spiel Bedeutung beigemessen wird. (s. etwa Meichenbaum 1979)

Ähnlich wie in der klientenzentrierten Psychotherapie gehen aber auch in der Verhaltenstherapie, die angewandten Techniken und Methoden hinsichtlich der Therapie mit Jugendlichen nicht über die Ansätze, die in der Therapie mit Erwachsenen und Kindern erarbeitet worden sind, bzw., die experimentell aus dem Labor gewonnen worden sind, hinaus.

Wird in dem verhaltenstherapeutischen Vorgehen der Erlebenswelt des Kindes in letzter Zeit zunehmend Rechnung getragen (Einbeziehung des Spiels, Berücksichtigung der kognitiven Strukturen des Kindes), so findet

die spezifische Erlebnisswelt des Jugendlichen hinsichtlich der Anwendbarkeit der verhaltensmodifikatorischen Techniken und Methoden keinerlei Berücksichtigung. Der absolute Vorrang der Techniken und Methoden bleibt in der Gestaltung und Planung des therapeutischen Prozesses durchgängig erhalten.

Auch hier möchte ich mit der Bemerkung schließen, daß eine Therapie, die sich vor allem an der Erlebnisswelt des Jugendlichen zu orientieren hat, mit den verhaltensmodifikatorischen Techniken und Methoden allein sicher nicht befriedigend durchzuführen ist.

Dies soll aber nicht heißen, das bestimmte verhaltenstherapeutische Techniken in der Therapie mit Jugendlichen grundsätzlich nicht einsetzbar sind, bzw. völlig abzulehnen sind.

Im Verlauf der Diskussion wird sich zeigen, daß besonders die kognitiven Ansätze (etwa Selbstbeobachtung, kognitive Problemzentrierung) in der Therapie mit Jugendlichen durchaus vertretbar sind.

Im Gegensatz zu allen anderen Therapieformen kann in der Psychoanalyse auf eine längere eigenständige Tradition der Kinder- und Jugendpsychotherapie verwiesen werden.

Anna Freud und Melanie Klein haben Ende der zwanziger Jahre bzw. Anfang der dreißiger Jahre die grundlegenden Impulse für die psychoanalytische Kindertherapie gelegt.

Beide Autoren beschäftigen sich jedoch hauptsächlich mit der Therapie von Kindern und nur in einigen Fällen mit der Therapie von Jugendlichen. Die damalige Diskussion über dieses neue Gebiet in der Psychoanalyse wurde sehr bald kontrovers geführt.

Einigkeit herrschte sowohl bei den Anhängern A. Freuds sowie M. Kleins in der Einschätzung, daß es in der Kinderanalyse nicht, wie in der Erwachsenentherapie, zu einer Übertragungsneurose kommt. Dies ist auch unmittelbar einsichtig, da das Kind in einer realen starken emotionalen Beziehung zu den Eltern steht. Das Kind kann den Therapeuten in der Regel nicht als vollwertigen Vater oder Mutterersatz erleben, da die Eltern emotional für das Kind ungleich wichtiger sind, als der beste Therapeut.

Unterschiedliche Auffassungen wurden besonders hinsichtlich der Rolle der Interpretation sichtbar.

Während M. Klein der Deutung auch in der Analyse von Kindern und Jugendlichen analog der Erwachsenentherapie eine hervorragende Bedeutung zumäß, spielt sie bei Anna Freud eine eher zweitrangige Rolle. Anna Freud vertrat hingegen die Auffassung, daß für das Gelingen der Therapie, vorrangig die Schaffung einer liebevollen empathischen Atmosphäre ist (Herstellung einer positiven Übertragung).

Die Herausarbeitung der spezifischen Symptomatik durch Interpretation und Deutung gewinnt dann allerdings im weiteren Verlauf der Therapie an Bedeutung.

Darüberhinaus - und auch hier unterscheidet sich A. Freud von M. Klein - betont sie, neben der eigentlichen therapeutischen Arbeit, den pädagogischen erziehungsberaterischen Aspekt.

"Die Arbeit am kindlichen Über-Ich aber ist eine doppelte: analytisch in der historischen Zerlegung von innen her, soweit das Über-Ich schon Selbständigkeit erlangt hat, aber außerdem erzieherisch beeinflussend von außen her durch Veränderungen im Verhältnis zu den Erzieherpersonen, durch die Schaffung neuer Eindrücke und durch die Revision der Anforderungen, die von der Außenwelt an das Kind gestellt werden." (1929, S. 101)

Wie eingangs schon erwähnt, wird auch beim psychoanalytischen Ansatz keine explizite Trennung und Differenzierung zwischen Kinder- und Jugendpsychotherapie vorgenommen.

Dies überrascht umso mehr, da hier auf eine fast 50jährige Tradition zurückzublicken ist und es zudem durchaus immer wieder Psychoanalytiker gab, die sich mit der Therapie von Jugendlichen beschäftigt haben.

So muß in diesem Zusammenhang besonders auf A. Aichhorn und H. Zullinger hingewiesen werden, die sich bevorzugt mit verwahrlosten und delinquenten Jugendlichen befaßt haben.

Beide messen der positiven Übertragung eine hervorragende Bedeutung zu. Weiter heben sich beide Autoren in der Durchführung der Therapie positiv von dem klassisch orthodoxen analytischen Vorgehen ab.

Sowohl Zullinger in seiner "Spaziergangs-Behandlung" (1966) als auch Aichhorn in seinen Vorträgen zur Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung (1925) imponieren durch ihre empathischen Fähigkeiten auf Jugendliche eingehen zu können. Beide Autoren kommen übrigens ursprünglich

von der Pädagogik.¹

Während bei A. Freud beim Jugendlichen die Abwehr der libidinösen Triebansprüche im Vordergrund steht (vergl. "Die Angst als Abwehr vor der Triebstärke, Teil II, S. 18) richtet M. Klein ihr Augenmerk zusätzlich auf die destruktiven Triebimpulse, die der Jugendliche angeblich vehement abwehrt. M. Klein spricht in diesem Zusammenhang von "sadistischen Phantasien, ... die das Ich zur Bewältigung von Angst einschlägt." (S. 102)

Noch stärker als in der Kindertherapie hält M. Klein in der Therapie bei Jugendlichen an dem herkömmlichen orthodoxen analytischen Vorgehen fest.

"Mehr als im Latenzalter erfordern im Pubertätsalter die Entwicklung des Ichs und dessen reiferer Interessen eine der Erwachsenenanalyse angenäherte Technik." (ebenda, S. 103)

Eissler nimmt in den vierziger und fünfziger Jahren die Diskussion über die Behandlung von Jugendlichen wieder auf. Er kann jedoch kein befriedigendes einheitliches therapeutisches Verfahren anbieten. Vielmehr kommt er zu dem Ergebnis, daß sich das therapeutische Vorgehen nach den unterschiedlichen Symptomkomplexen ausrichten sollte und hat die drei Symptombereiche Schizophrenie, Verwahrlosung und Perversionen im Auge.

1 Unter anderem waren Aichhorn und Zullinger neben A.

Freud Mitherausgeber der Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, die in den zwanziger Jahren keinen unerheblichen Einfluß auf die damalige Reformpädagogik hatte.

Auch Dührssen, die auf dem Gebiet der Jugendtherapie für den deutschsprachigen Raum als bestimmend angesehen werden kann, als Schülerin von Schulz-Hencke jedoch der neoanalytischen Schule zuzurechnen ist, kommt zu keinem einheitlichen Konzept der Jugendtherapie. Auch sie differenziert das therapeutische Vorgehen nach der unterschiedlichen Symptomatik. Sie unterscheidet die Symptomatik in sechs Gruppen.

- 1) Psychosomatische Krankheitsbilder
- 2) Depressive Verstimmungen mit suicidalen Tendenzen
- 3) Zwangsercheinungen
- 4) Leistungsstörungen
- 5) Verwahrlosungsreaktionen
- 6) Perversionen

Dührssen bleibt dabei , wie Eissler, in der psychiatrischen Nomenklatur befangen, sieht vornehmlich die umgrenzte Symptomatik, als daß sie die gesamte Subjektivität des Jugendlichen im Auge hätte.

Abschließend kann konstatiert werden, daß außer vereinzelt unterschiedlichen Ansätzen kein einheitliches und befriedigendes Konzept zur Therapie bei Jugendlichen vorliegt.

Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt H. Knöll (1975) anhand einer Literaturzusammenstellung über dieses Thema.

"Zunächst einmal kann man davon ausgehen, daß es bis heute keine eindeutig festgelegte analytische Technik für die Behandlung Jugendlicher gibt." (S. 278)

4.2 Das Medium der Therapie

Im Gegensatz zur Kindertherapie, wo das Spiel als eigenständiges und gleichrangiges Medium analog der Sprache in der Erwachsenentherapie fungiert, ergeben sich in der Therapie mit Jugendlichen hinsichtlich des Medium und des therapeutischen Settings erhebliche Schwierigkeiten.

Einerseits ist das Spiel als therapeutisches Medium in der Therapie von Jugendlichen nicht mehr einsetzbar. Der Jugendliche lehnt das Spiel ab, empfindet es als kindisch. Das Spiel verliert für den Jugendlichen die Attraktion, die es auf das Kind ausübte.

Im Teil II bin ich auf die Ursachen eingegangen, warum das Spiel für den Jugendlichen seine Attraktivität einbüßt. Besonders bei Kindern, bzw. Jugendlichen zu Beginn der Pubertät (13-15jährige) ist es wichtig, dieser Tatsache in der Gestaltung der Therapie Rechnung zu tragen. Lehnt der Präadoleszente die Spielangebote zunehmend ab, empfindet er sie als albern, so sollte dies nicht als Abwehr aufgefaßt werden, oder gar als Therapieunwilligkeit ausgelegt werden. Darin drückt sich eine Distanzierung von der Kindheit aus. Der Jugendliche versucht sich dadurch von der kindlichen Welt, teils bewußt, teils unbewußt, abzugrenzen.

Ein derartiges Mißverständnis um nicht zu sagen, therapeutische Fehlhaltung lag in einem mir bekannten Fall vor, wo der Therapeut einem 13jährigen Jugendlichen versprach,

sein Zimmer zu renovieren(dies war im Sinne der VT als Verstärkung gedacht), wenn der Patient weiterhin regelmäßig zur Therapie käme, um dort zu spielen.

In einem Gespräch mit dem Jugendlichen stellte sich heraus, daß dieser das Spielen als albern empfand, sich irgendwie nicht für vollgenommen fühlte, somit letztlich in seiner Befindlichkeit nicht angenommen wurde.

Der Therapeut reflektierte dieses berechtigte Unbehagen des Jugendlichen nicht, versuchte vielmehr über positive Verstärkung eine Spieltherapie aufrechtzuerhalten, die dem Interesse des Jugendlichen einfach nicht mehr entsprach.

Zum anderen läßt sich, wie schon mehrfach erwähnt, die psychoanalytische Technik auf die Therapie bei Jugendlichen nicht anwenden. Der in der Erwachsenentherapie geforderten Grundregel - sich auf die Couch zu legen und frei zu assoziieren - wird der Jugendliche in der Regel kaum Folge leisten, bzw. leisten können. Sollte er dies doch tun, so wird er vielleicht einschlafen, bzw. tut er dies nicht, so wird der Therapeut vergeblich auf die freien Assoziationen warten, da dem Jugendlichen einfach nichts einfällt, wie in dem von Eissler schon erwähnten Beispiel (S. 846).

Diese Reaktionen (das Einschlafen bzw. das Verweigern) können aber nicht als Abwehr, bzw. als "Zeichen des Widerstandes" oder gar als ein "Defekt in der Struktur der Persönlichkeit" (Seite 846, ebenda) des Jugendlichen interpretiert werden, wie dies etwa Eissler macht.

Diese Reaktionsweisen des Jugendlichen müssen vielmehr als ein ihm völlig adäquates Verhalten begriffen werden.

Der Jugendliche verweigert sich nicht, er wehrt nicht ab, erst recht liegt bei ihm kein Defekt der Persönlichkeit vor. Er könnte auch beim besten Willen nicht der Anweisung des Therapeuten Folge leisten.

Die partielle Regression, die der Erwachsene im psychoanalytischen Setting eingeht, bzw. bewußt vollzieht, ist bei dem Jugendlichen unmöglich, da er noch nicht über die gleiche psychische Struktur wie der Erwachsene verfügt.

Beim Erwachsenen sind die sekundärprozeßhaften Strukturen so weit stabilisiert und gefestigt, daß er davon bewußt, willentlich abrücken kann, und somit die Regression auf die primärprozeßhafte Ebene zulassen kann. Dies ist aber notwendige Voraussetzung, der psychoanalytischen Grundregel genüge leisten zu können.

Hingegen sind beim Jugendlichen die sekundärprozeßhaften Strukturen noch nicht ausreichend stabilisiert, die primärprozeßhafte Erlebnisebene ist ungleich bestimmender. Aufgrund dieser Tatsache ist der Jugendliche gar nicht in der Lage, der psychoanalytischen Grundregel Folge zu leisten.

Oder anders ausgedrückt, der Jugendliche kann sich nicht bewußt, willentlich von seiner Alltagswelt (seiner Alltagssprache) distanzieren wie der Erwachsene, bzw. in einer anderen Sprache (hier die Sprache der freien Assoziationen) reden .

Erst wenn die sekundärprozeßhaften Strukturen zu einem relativen Abschluß, einer relativen Stabilisierung gekommen sind, wird es möglich, davon abzurücken. Erst dann ist die Möglichkeit der Regression, ob nun bewußt willentlich, oder unbewußt, gegeben.

Da sowohl die Einsetzung des Mediums der Kindertherapie, das Spiel, als auch das Medium der Erwachsenentherapie, die freien Assoziationen (die Sprache des Unbewußten) in der Therapie bei Jugendlichen wenig erfolgversprechend sind, da beides der psychischen Struktur des Jugendlichen unangemessen ist, erhebt sich nun die Frage nach dem adäquaten Medium der Therapie bei Jugendlichen.

Das Medium der Therapie ist die Sprache und zwar die Sprache des Jugendlichen.¹

Die Sprache des Jugendlichen ist nicht die Sprache der Erwachsenen. Sie unterscheidet sich sowohl von der Alltagssprache des Erwachsenen als auch von der in der Therapie, qua Regression induzierten Sprache des Unbewußten, der freien Assoziation.

Da der Jugendliche zwischen primär - und sekundärprozeßhaften Erlebnisebene oszilliert, ist die Sprache des Jugendlichen ungleich stärker, als die des Erwachsenen und die des Kindes, mit unbewußten Inhalten, Symbolismen, Metaphern durchsetzt und angereichert.

Dies drückt sich durch eine teilweise beeindruckende Bildhaftigkeit und den ausgeprägten Phantasie-reichtum aus².

1 Beulah Parker veranschaulicht dies anhand von ausführlichen Therapieprotokollen eines präschizoiden Jugendlichen. Sie wählt als Überschrift die bezeichnende Formulierung "Meine Sprache bin ich" (Ffm 1974)

2 Siehe hierzu etwa H. Hartwig (1976) Jugendkultur, ästhetische Praxis in der Pubertät.

Oft ist diese Sprache dem Tagtraum sehr verwandt, bzw den freien Assoziationen, die beim Erwachsenen gleichsam künstlich durch den Prozeß der Regression hervorgerufen werden müssen.

Extrem zeigt sich dies bei bestimmten Krankheitsbildern, etwa der phantastica psydologica oder bei ausgeprägten paranoiden Systemen.

Auf der anderen Seite scheint manchmal der Aspekt der Phantasie in der Sprache des Jugendlichen vollends zu fehlen. Besonders bei Jugendlichen, die gegenüber der Therapie eine massive Abwehr mobilisieren, beschränkt sich die Sprache oft auf das Nötigste. Allenfalls spricht der Jugendliche nur über Belanglosigkeiten. Dennoch wäre es falsch hier dem Jugendlichen seine Phantasie, seine Tagträume absprechen zu wollen, vielmehr ist zu vermuten, daß der Jugendliche diese vor dem Therapeuten nicht preis gibt.

Es muß dann Aufgabe des Therapeuten sein, dies vorerst für den Jugendlichen sprachlich nicht zulaßbaren Phantasien zum Gegenstand der Therapie zu machen.

Beide aufgezeigten Extreme sind aber nicht der Normalfall. Vielmehr ist der Jugendliche nach einer gewissen Zeit, wenn nicht sogar schon in den ersten Stunden, bereit zu sprechen, und zwar in seiner Sprache.

Gelingt es in der Therapie die spezifische Sprache des Jugendlichen im Dialog aufrechtzuerhalten, so ist hier ein optimales therapeutisches Medium von selbst gegeben.

Es ist unmittelbar einsichtig, daß die Aufrechterhaltung dieses Dialoges im wesentlichen von der empathischen Fähigkeit des Therapeuten abhängt. Im letzten Teil wird dies daher ein Thema der Diskussion sein.

Der Jugendliche offenbart sich durch seine Sprache. Er bringt seine subjektive Befindlichkeit, seine Probleme verschlüsselt zum Ausdruck. Hierzu bevorzugt er gerne allgemeine abstrakte Themen, wie Religion, Philosophie, Politik etc., hinter denen sich seine nicht bewältigten psychischen Probleme verbergen. Der Jugendliche spricht gleichsam in Metaphern und Gleichnissen. Er beschäftigt sich etwa mit religiösen Fragen wie in dem Beispiel auf S. 83, um damit auf seine sexuelle Problematik aufmerksam zu machen, oder er gibt sich, wie ein Jugendlicher, bei dem der Autoritätskonflikt vorherrschendes Moment war, als ausgesprochen engagierter Karate-Fan zu erkennen, oder bringt, wie in einem anderen Fall, Depressionen und Todesängste durch die intensive Beschäftigung mit Weltuntergangsphantasien zum Ausdruck.

In diesem Zusammenhang ist sicher die Argumentation A. Freuds richtig und nachvollziehbar, daß der Jugendliche seine Intellektualität in den Dienst der Abwehr stellt (Intellektualisieren als ein pubertärer Abwehrmechanismus, vgl. S. 82).

Dies sollte für die Therapie positiv gewertet werden, als ein Versuch des Jugendlichen, mittels seiner Phantasie, seiner Sprache, seines Intellekts, quasie über einen Umweg, mit sich selbst auseinanderzusetzen. Wenn dies dem Jugendlichen selbst auch nicht bewußt ist, so signalisiert er doch gegenüber dem Therapeuten seine Befindlichkeit, sein Problem.

Hinter den teilweise recht komplexen und manchmal von erstaunlicher intellektueller Brillanz vorgetragenen Gedanken, wird oft schlaglichtartig der Fokus des Problems evident. Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen.

Ein vierzehnjähriger Jugendlicher wurde wegen einer akuten Karzinophobie (Krebsangst) von der Mutter vorgestellt. Er litt unter panikartigen Angstzuständen, glaubte an Krebs erkrankt zu sein. Anlaß waren Pickel und Hautausschläge, die während der Pubertät erstmalig auftraten.

Im Verlaufe der ersten beiden Sitzungen entwickelte der Jugendliche seine Gedanken in religiöser und weltanschaulicher Hinsicht sehr ausführlich. Dabei zeigte sich, daß er sich bevorzugt mit Telepathie, Okkultismus, Astrologie und Science fiction beschäftigte. Alle seine Gedanken endeten immer wieder in der Feststellung, alles, auch Krankheit und letztlich der Tod seien vorbestimmt. Besonderes Interesse galt dem Weiterleben nach dem Tode. Der Jugendliche hatte sich hierzu eine eigene Theorie zurechtgelegt. Nicht ohne Stolz berichtete er, daß er sehr viel hierzu lese. Der Jugendliche stellte sozusagen einen Großteil seiner intellektuellen Kapazität in den Dienst seiner Phantasien.

So argumentierte er etwa, wenn es ein Voraussehen in die Zukunft gäbe - und daran glaube er, er erwähnte zur Untermauerung Nostradamus, begründete dies weiter mit der 6. Dimension aus seiner Science fiction-Kenntnis - so müsse demzufolge, alles vorherbestimmt sein.

Berücksichtigt man die anamnestischen Daten, sowie die Spezifik der adoleszenten Krise, so lassen sich die Gedanken des Jugendlichen zum Teil leicht entschlüsseln.

Der Vater starb unter nie ganz geklärten Umständen, als der Jugendliche 11 Jahre alt war. Die Todesursache wurde von der Mutter dem Sohn gegenüber tabuisiert, es wurde darüber nie offen gesprochen. Darüberhinaus gab es noch weitere Todesfälle in der näheren Verwandtschaft.

Die Beschäftigung mit dem Tod, bzw. mit dem Weiterleben nach dem Tode sowie die Angst, selbst zu sterben (an Krebs) ist bei diesem familiären Hintergrund wenig überraschend.

Unter Berücksichtigung der adoleszenten Krise, besonders aber unter dem Aspekt der aktualisierten Auseinandersetzung mit dem ödipalem Objekt, dem Vater, werden die Todesphantasien des Jugendlichen verständlich und nachvollziehbar. Die Suche bzw. die Auseinandersetzung mit dem Vater ist ja hier realiter nicht mehr möglich. Ob die verdeckten Todesphantasien, bzw. unbewußten Todeswünsche des Jugendlichen eher Ausdruck des Wunsches nach der Begegnung mit dem Vater sind (im Reich des Jenseits), oder ob es sich hier mehr um Bestrafungstendenzen handelt, die ihre Ursache in der Ubw Phantasie am Tod des Vaters Schuld zu haben, im Sinne des klassisch ödipalen Dramas, sei dahingestellt.

Daß der Jugendliche seine Todesphantasien an der Angst an Hautkrebs zu erkranken festmacht, ist im Rahmen des pubertären narzißtischen Körpererlebens zu erwarten.

Ist erst einmal ein therapeutisches Bündnis hergestellt, hat der Jugendliche zu dem Therapeuten genug Vertrauen gefaßt, so wird er auch zunehmend über seine intimeren Phantasien reden, die er zu Beginn der Therapie eher als peinlich empfand, und daher versuchte, sie zu verschweigen.

Dies betrifft aber durchaus nicht nur die sexuelle Problematik, wie man gemeinhin annehmen könnte. Dies bezieht sich vor allem - meiner Erfahrung nach - auf die sukzessive Mitteilung von zwanghaften Handlungen und paranoiden Vorstellungen, die in der Adoleszenz durchaus nichts Ungewöhnliches sind.

Einen vertieften Einblick in die Erlebnisswelt des Jugendlichen eröffnen Tagträume¹, Tagebuchaufzeichnungen, andere geschriebene Texte in lyrischer oder prosaischer Form, sowie Lieder, Songs und Zeichnungen.

In ungleich verdichteter Form als in den verbalen Mitteilungen während der Therapie, spiegelt sich hier die subjektive Befindlichkeit des Jugendlichen. Dem Jugendlichen ist hier die Möglichkeit gegeben, seine Phantasie und Kreativität voll zu entfalten. Im Teil II und III (Seite 23, Gedichte und Tagträume), wurden diesbezüglich einige Beispiele angeführt.

1 In diesem Zusammenhang gilt es H. Leuner (1980) zu erwähnen, der in der von ihm entwickelten Therapiemethode des katathymen Bildererlebens (Arbeit mit dem Wachtraum) besonders auf die erfolgreiche Arbeit mit Jugendlichen verweist.

Der Therapeut sollte jedoch nicht darauf drängen, daß der Jugendliche seine Aufzeichnungen unbedingt mitbringen sollte. Die Intimsphäre des Jugendlichen sollte durchaus gewahrt bleiben. Oft ist der Jugendliche von sich aus bereit, besonders dann, wenn dies in der Therapie zur Sprache kommt, Texte, Zeichnungen etc. mitzubringen, da der Jugendliche in der Regel seinen Produkten positiv gegenübersteht, und seine geschriebenen und gezeichneten Aufzeichnungen dem Therapeuten nicht ohne einem gewissen Stolz zeigt.

Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt die Beschäftigung mit Musik. (vergleiche dazu etwa R. G. Klausmeier Pubertät und Beatmusik, 1973). Jedoch aufschlußreicher als der passive Musikkonsum, auf den die Autorin in diesem Aufsatz eingeht, ist der produktive Umgang mit der Musik, da der Jugendliche sich hier aktiv, d.h. kreativ mit sich auseinandersetzt.

So teilte sich ein 19jähriger borderline Patient ca. drei Monate lang vorwiegend über selbstverfaßte songs mit. Ihm gelang es dadurch, in den Texten und in der Musik, seine Gefühle und Empfindungen ungleich deutlicher zum Ausdruck zu bringen, als durch die verbalen Mitteilungen während der Therapie. Hier nur ein kurzer Auszug aus einem der vielen selbstverfaßten songs.

"So mach mir einen Frühlingssalat
laß uns ungestört essen, weg
von den Fliegen und Wespen
Deine Küche schätz ich sehr
aber dich mag ich mehr
als alle anderen."

Diese wenigen Zeilen veranschaulichen beeindruckend die Verdichtung von Symbolen und Metaphern, vergleichbar nur mit der Sprache des Traumes.

Die in den Therapiestunden gespielten Kassetten boten sich als hervorragendes Material an, mit denen im Anschluß an das gemeinsame Abhören therapeutisch gearbeitet werden konnte.

Es läßt sich resümieren, daß neben der spezifischen Sprache des Jugendlichen, die zugleich die primär -und sekundär-prozeßhafte Erlebnisebene spiegelt, darüberhinaus der Tagtraum, sowie vom Jugendlichen selbstverfaßte Aufzeichnungen (Texte, Songs, Zeichnungen etc), die noch stärker als die verbale Mitteilung dem primärprozeßhaften Erleben verhaftet sind, als das spezifische Medium der Therapie angesehen werden dürfen.

Mithin ergibt sich in der Therapie mit Jugendlichen das therapeutische Medium von selbst. Eine eigenständige Technik, wie etwa in der Erwachsenentherapie die Herbeiführung einer partiellen Regression, erübrigt sich hier.

4.3 Übertragung bei Jugendlichen

Im folgenden gilt es zu diskutieren, welche Gefühle, Affekte und Empfindungen der Jugendliche während der Therapie mobilisiert und diese auf den Therapeuten überträgt.

Im Verlauf der Therapie mobilisiert der Jugendliche sehr unterschiedliche Gefühle und Affekte, das Spektrum kann von Wut und Haßausbrüchen bis hin zu manischen Hochstimmungsgefühlen reichen. Es ist unmittelbar einsichtig, daß der Jugendliche diese Affekte zum Teil auch auf den Therapeuten überträgt.

Es erhebt sich hier aber die Frage, ob in der Therapie beim Jugendlichen überhaupt eine Übertragung im genuinen psychoanalytischen Sinne stattfindet.

Der Begriff der Übertragung, so wie ihn Freud entwickelt hat, hängt ja eng mit dem Wiedererleben von ödipalen Konflikten und Gefühlen zusammen.

Hierzu Freud:

"Übertragung nennt man die auffällige Eigentümlichkeit der Neurotiker, Gefühlsbeziehungen zärtlicher wie feindseliger Natur zu ihrem Arzt zu entwickeln, die nicht in der realen Situation begründet sind (hervgh. H.H.), sondern aus der Elternbeziehung (Ödipuskomplex) der Patienten stammen." (XIV, S. 305)

Gerade die Bearbeitung der Übertragung, respektive der Übertragungsneurose, sprich das komplexe Beziehungsgefüge zum Therapeuten, macht das Eigentliche der analytischen Kur aus.

In diesem Zusammenhang sollte erwähnt werden, daß die Übertragungsneurose nicht ausschließlich ödipal strukturiert sein muß.

Es ist besonders das Verdienst Kohuts und Kernbergs auf andere Übertragungsmuster, bei den sogenannten narzistischen Persönlichkeiten und Borderline Patienten aufmerksam gemacht zu haben. Kohut spricht in diesem Zusammenhang bei der Behandlung von narzistisch gestörten Persönlichkeiten von der Wiederbelebung des allmächtigen Objektes. Kohut bezeichnet dieses Phänomen als Spiegelübertragung, die in ihrer Intensität ungleich stärker ist als die ödipale Übertragung. Kernberg geht sogar noch weiter. Er spricht im Zusammenhang der Behandlung von Borderline-Patienten von der Gefahr einer Übertragungspsychose. Im Verlauf der Therapie kann der Patient so araische Gefühle wiederbeleben, daß es zeitweise zu Depersonalisierungserscheinungen kommt.

Aber auch in diesen neueren psychoanalytischen Ansätzen wird an der Freudschen Auffassung festgehalten, daß es sich hier um ein Wiedererleben von Gefühlen handelt.

Es wird davon ausgegangen, daß die wiedererlebten Affekte, die der Patient auf den Therapeuten überträgt, nicht mehr ödipaler Natur, sondern präödipalen Ursprungs und damit ungleich intensiver sind.

Aber auch hier steht die Bearbeitung der Übertragung im Mittelpunkt der Therapie. Die psychoanalytische Technik wird in ihren Grundsätzen keineswegs revidiert, jedoch wird die Psychoanalyse hinsichtlich ihres strukturellen Ansatzes erweitert.

Wie ist es nun mit der Übertragung beim Jugendlichen bestellt? Kann in der Therapie bei Jugendlichen überhaupt von einer Übertragung gesprochen werden? Entwickelt der Jugendliche im Verlauf der Therapie - analog der Erwachsenenentherapie - eine Übertragungsneurose, und wenn ja, welcher Art, ist diese Übertragungsneurose ödipaler Natur, im klassischen freudianischen Sinne, oder präödipaler Natur wie sie Kohut und Kernberg beschreiben?

Oder anders gefragt, sind die Gefühle, die der Jugendliche auf den Therapeuten überträgt, was er ja eindeutig tut, nicht eher aus der aktuellen Beziehung zu dem Therapeuten zu erklären, und sind die ödipalen bzw. die präödipalen Gefühle, deren Ursprung wie gesagt in der frühen Elternbeziehung zu suchen ist, in der Therapie von untergeordneter Bedeutung?

Oder liegt hier, ähnlich wie in der Erwachsenenanalyse, eine Wiederbelebung von unbewußten verdrängten Erlebnisinhalten und Affekten vor?

Diese Fragen lassen sich nicht eindeutig positiv oder negativ beantworten.

Da es in der Adoleszenz zu einer Wiederbelebung des ödipalen Konfliktes kommt (Seite 73), scheint die Annahme nahezuliegen, daß der Jugendliche die ambivalenten Gefühle, die er im Verlauf der Pubertät verstärkt gegenüber den Eltern entwickelt hat, auch auf den Therapeuten überträgt.

Diese Annahme ist aber nur zum Teil zutreffend. Der Jugendliche ist noch im hohen Maße realiter in der Beziehung zu den Eltern involviert. Die ödipale Wiederbelebung richtet sich folglich auf die real verfügbaren Objekte, eben die leiblichen Eltern.

In der Sprache des triebökonomischen Modells vereinfacht ausgedrückt hieße dies, der Jugendliche richtet einen Großteil seiner psychischen Energie (Libido Aggress) auf die Auseinandersetzung mit den Eltern, den Ablösungsprozeß und kann daher nicht, wie der Patient in der Erwachsenentherapie, seine Gefühle und Affekte auf den Therapeuten im vollen Maße übertragen.

Anna Freud geht in diesem Zusammenhang in ihrer Auffassung sogar so weit zu behaupten, daß in der Pubertät "weder die Vergangenheit noch die Übertragung wirksam genug werden, um Material für Interpretationen zu liefern." (A. Freud, 1958, engl, 1960 deutsch)

Diese Auffassung Anna Freuds ist meines Erachtens jedoch zu einseitig. Gerade weil der Jugendliche im Rahmen der Pubertät, genauer im Verlauf des Ablösungsprozesses, Affekte in einem derart hohen Maße mobilisiert, agiert er diese immer auch in der Therapie aus, und überträgt sie somit auch auf den Therapeuten.

Von einer echten Übertragungsneurose im genuinen psychoanalytischen Sinne, wie sie Freud im Auge hatte, kann jedoch nicht gesprochen werden.

Eine Übertragungsneurose kann der Patient erst dann entwickeln, wenn er den Therapeuten unbewußt und teilweise auch bewußt, sozusagen vollwertig emotional als Vater bzw. Mutter erlebt.

Dies ist jedoch erst möglich, wenn es beim Patienten hinsichtlich der psychischen Entwicklung - auch der neurotischen Entwicklung - zu einem vorläufigen Abschluß der Persönlichkeitsstruktur gekommen ist.

Der Patient muß bestimmte Vater- und Mutterbilder als Introjekte verinnerlicht haben. Von der Subjektebene her betrachtet, gehören diese Introjekte gleichsam zum strukturellen Bestand der Persönlichkeit. Dies ist jedoch erst der Fall, wenn eine gewisse psychische Lösung von den Eltern vollzogen worden ist.

Dies trifft jedoch beim Jugendlichen, wie schon mehrfach betont, nicht zu. Vielmehr tritt der Jugendliche, hinsichtlich der Konsolidierung der Introjekte (Vater- und Mutterimages), während des dramatisch verlaufenden Ablösungsprozesses, in eine überaus kritische Phase, an deren Ende die endgültige Herausbildung der Introjekte steht.

Hinsichtlich der in der Adoleszenz wirksam werdenden narzißistischen Komponente (vgl. dazu Teil II, S. ff), liegt die Vermutung nahe, daß der Jugendliche im Verlauf der Therapie eine Spiegelübertragung im Sinne Kohuts entwickelt.

Aufgrund der ausgeprägten narzißistischen Befindlichkeit des Jugendlichen, die durch ein Oszillieren zwischen erhöhten Selbstwertgefühlen (Omnipotenzphantasien) und starken Insuffizienzgefühlen (ich bin nichts) imponiert, wird der Jugendliche den Therapeuten, entsprechend seiner Stimmungslage, entweder überhöht idealisiert wahrnehmen, oder aber ihn emotional negativ ablehnend erleben.

Auf der Seite 130 habe ich ein derartiges Verhalten bei einem jugendlichen Patienten geschildert, das durchaus bei Adoleszenten nicht unüblich ist.

Bei diesen, in der Adoleszenz eher in der Regel zu erwartenden Affektreaktionen, kann genausowenig, wie bei der ödipalen Übertragung, von einer echten Spiegelübertragung, d. h. von einer Übertragungsneurose gesprochen werden.

Der Jugendliche erlebt den Therapeuten nicht überwiegend, wie der erwachsene Patient, während der Spiegelübertragung, als primäres präödipales Objekt, d.h. letztlich als versagende oder gewährende respektive überflutende Mutter.

Wir können hier der obigen Argumentation folgen, daß der Patient den Therapeuten in diesem Sinne nur dann so erleben kann, wenn eine abgeschlossene Introjektbildung erfolgt ist. Dies ist aber, wie gesagt, beim Jugendlichen noch nicht der Fall.

Es ist anzunehmen, daß die narzißtisch gefärbten Affekte, da sie ungleich intensiver als die ödipalen Gefühle vom Jugendlichen erlebt werden, in der Therapie gleichsam stärker durchschlagen, d.h. in einem viel höherem Maße als die ödipalen Gefühle auf den Therapeuten übertragen werden.

Die Übertragungsphänomene, die in der Therapie beim Jugendlichen auftreten, sind also nicht mit denen der Erwachsenen-therapie vergleichbar. Der Jugendliche entwickelt im Gegensatz zum Erwachsenen im Verlauf der Therapie keine Übertragungsneurose. Ursache dafür ist, daß der Jugendliche zum einen noch zu stark realiter, in der Elternbeziehung involviert ist, und zum anderen aufgrund seiner narzißtischen Befindlichkeit mit sich selbst im Widerspruch steht, in der Auseinandersetzung sich befindet (adoleszente Identitätskrise).

Dennoch entwickelt der Jugendliche im Verlauf der Therapie Gefühle und Affekte, die in ihrer Intensität mit denen, die der Erwachsene während der Übertragungsneu-

rose entwickelt, durchaus vergleichbar sind, wenn nicht sogar noch stärker in Erscheinung treten.

Es erscheint mir daher sinnvoll, in Bezug auf die Jugendpsychotherapie, den Begriff der Übertragungsreaktion zu wählen.

Diese Affektreaktionen und Gefühle sind in einem hohen Maße dem Verlauf des therapeutischen Prozesses unterworfen. Zu Beginn der Therapie dominieren beim Jugendlichen andere Gefühle und Einstellungen gegenüber dem Therapeuten, als etwa während der therapeutischen Arbeitsphase.

Welche Gefühle der Jugendliche zu Beginn der Therapie auf den Therapeuten überträgt, oder genauer, mit welchen Gefühlen er dem Therapeuten gegenübertritt, hängt im Wesentlichen von der Einstellung ab, die der Jugendliche gegenüber der Therapie bzw. gegenüber einem eventuellen Therapieversuch einnimmt.

Wird der Jugendliche auf Veranlassung der Eltern oder der Schule - was der Normalfall ist - zur Therapie geschickt, so kann in der Regel davon ausgegangen werden, daß der Jugendliche zu Beginn der Therapie dem Therapeuten eher skeptisch und kritisch, wenn nicht gar ablehnend gegenübersteht. Das Mißtrauen, das der Jugendliche in die Therapie mitbringt, scheint durchaus nicht ungerechtfertigt zu sein. Verfügt doch der Therapeut über gewisse Vorinformationen seitens der Eltern oder der Schule, die, wie der Jugendliche zu recht annehmen kann, eher ein negatives Bild von ihm vermitteln.

Ein weiteres Moment trägt zusätzlich zur Verunsicherung bei. Zwar ist dem Jugendlichen bewußt, daß die Therapie ihm Hilfe bringen soll, er kann sich in der Regel jedoch nicht vorstellen, wie diese Hilfe aussieht.

Auch dem Kind, das in die Therapie geschickt wird, ist dies nicht einsichtig, obgleich auch es weiß, daß ihm irgendwie geholfen werden soll. Allein das Kind verwendet auf die Frage, was in der Therapie abläuft, keine weiteren Gedanken. Es erlebt vielmehr die Therapie-stunde positiv als eine besondere Spielstunde, wo es viele Möglichkeiten zu spielen hat und zudem noch einen Erwachsenen für sich allein.

Hingegen stellt der Jugendliche die Frage, was er eigentlich in der Therapie soll, wie kann der Arzt oder Psychologe ihm schon helfen. Dieses kritische Hinterfragen nach dem Sinn der Therapie scheint mir besonders spezifisch für den Jugendlichen zu sein.

Diese Skepsis gegenüber der Therapie resultiert einerseits aus der sich in der Adoleszenz geltend machenden Ich-Stärke, genauer, aus dem Jugendlichen zur Verfügung stehenden kognitiven Möglichkeiten, über die das Kind noch nicht verfügt. Der Jugendliche ist also schon allein objektiv, aufgrund der in der Adoleszenz herausgebildeten kognitiven Strukturen in der Lage, sich kritisch mit der Therapie auseinanderzusetzen.

Ein weiterer Grund - und dies scheint mir der wichtigste zu sein - für die Skepsis und das Mißtrauen, das der Jugendliche gegenüber der Therapie und dem Therapeuten entgegenbringt, liegt in der distanzierten bis

feindseeligen Einstellung gegenüber der Erwachsenenwelt, vor allem gegenüber Autoritäten, die der Ablösungsproblematik, besonders der mit dem Vater, geschuldet sind. Dieses Bedürfnis nach Distanz macht sich denn auch gegenüber dem Arzt oder Psychologen geltend. Zudem sprechen die Alltagserfahrungen eines Jugendlichen, der eine Therapie benötigt, in der Regel gerade nicht dafür, von Erwachsenen (Eltern, Lehrern) Verständnis entgegengebracht zu bekommen.

Hingegen ist beim Erwachsenen eindeutig, auch wenn er über den Verlauf der Therapie nur diffuse Vorstellungen hat, daß er sich von der Therapie irgendwie Hilfe verspricht.

Beim Erwachsenen wird ja davon ausgegangen, daß er einen Leidensdruck verspürt und daher für eine Therapie motiviert ist. Ist eines von beiden, der subjektive Leidensdruck oder eine Motivation zur Therapie nicht vorhanden, so ist bekanntlich eine Psychotherapie kontraindiziert.

Anders beim Jugendlichen: das Fehlen von zugestandenem Leidensdruck oder eine nur geringe oder keine Motivation zur Therapie, was gemeinhin als Kontraindikation einer Psychotherapie angesehen wird, gilt beim Jugendlichen nicht. Die mangelnde Motivation und der nicht zugestandene Leidensdruck sind beim Jugendlichen eher die Regel als die Ausnahme.

Es ist Aufgabe des Therapeuten, zu Beginn der Therapie die negative Übertragung oder anders formuliert, die negative bzw. ambivalente Einstellung, der der Jugendliche gegenüber der Therapie und somit auch gegenüber dem Therapeuten einnimmt, aufzulösen.

Im Gegensatz zur Kinder- und Erwachsenen-Therapie muß der Therapeut beim Jugendlichen also oft erst eine Therapiewilligkeit, eine Therapiemotivation über die Auflösung der negativen Übertragung herstellen. Hiermit fällt dem Jugendlichen-Therapeuten eine zusätzliche Aufgabe zu, die es in der Regel in der Kinder- und Erwachsenen-Therapie nicht gibt.

Im Verlaufe der Therapie ändern sich die Gefühle, die der Jugendliche auf den Therapeuten überträgt. Der anfänglichen Phase des Mißtrauens und der Distanzierung folgt eine Phase, die sich durch eine emotionale Verunsicherung des Jugendlichen auszeichnet. Der Jugendliche erlebt den Therapeuten nicht, wie erwartet, als autoritären Erwachsenen, der ihm Vorwürfe macht, der ihn nicht versteht. Vielmehr macht der Jugendliche oft erstmalig in seinem Leben die Erfahrung, daß er hier jemandem gegenübersteht, der ihm in seiner Befindlichkeit annimmt. Dies verursacht beim Jugendlichen jedoch eher das Gefühl der Verunsicherung, des Erstaunens, als das der Erleichterung. Die Gefühlseinstellung gegenüber dem Therapeuten bleibt daher vorerst ambivalent, der Jugendliche mißtraut vorerst dieser, für ihn neuen Erfahrung. So fragte mich ein 16jähriger Jugendlicher in der dritten Beratungsstunde, warum ich mir eigentlich "seine ganze Geschichte" anhören würde, er habe am Wochenende darüber sehr lange nachgedacht und sei zu keiner sinnvollen Erklärung gekommen.

Ist erst einmal ein therapeutisches Bündnis hergestellt, d.h., akzeptiert der Jugendliche den Therapeuten, erlebt er ihn überwiegend durchgängig als wohlwollend empathisch, so kann von der Tatsache ausgegangen werden, daß der Jugendliche zum Therapeuten eine positive Übertragung aufgebaut hat.

Dies bedeutet jedoch nicht, daß der Jugendliche ausschließlich positive Gefühle auf den Therapeuten überträgt, bzw. den therapeutischen Prozeß ausschließlich positiv erlebt.

Vielmehr sind für den Jugendlichen starke Stimmungsschwankungen charakteristisch, die in der Therapie voll wirksam werden. Diese Affekt- und Gefühlslabilität ist aus der adoleszenten Identitätskrise erklärbar, sie sollte den Therapeuten nicht überraschen. Dieses Verhalten äußert sich etwa darin, daß der Jugendliche mit überschwenglicher, fast manischer Stimmung in die Therapiestunde kommt, begeistert über einen für ihn wichtigen Vorfall oder Erfolg spricht. Dies kann dann zur Folge haben, daß er seine Probleme völlig bagatellisiert und fest davon überzeugt ist, sie jetzt voll im Griff zu haben. Andererseits hat die Affektlabilität zur Folge, daß der Jugendliche seine negativen Gefühle in der Therapie offen und spontan zum Ausdruck bringen kann. Das kann so weit führen, daß er aufgrund eines Mißerfolges erst gar nicht zur Therapie erscheint, da seine momentane Unzufriedenheit so groß ist und sie einfach nicht mitteilen möchte. Der Jugendliche will gleichsam sein narzißtisches Gekränktsein, seine Befindlichkeit mit dem Therapeuten nicht teilen. Die Affektschwankungen machen sich beim Jugendlichen eher zeitlich schwankend bemerkbar (in einer Sitzung wirkt der Jugendliche offen mitteilend, in der nächsten eher verschlossen mißtrauisch), als daß sie sich in einem gleichzeitigen widersprüchlichen Verhalten manifestieren.

Letzteres wäre der Fall, wenn der Jugendliche in seinem Verhalten eine widersprüchliche Botschaft signalisiert.

Er spricht etwa anscheinend in einem neutralen Ton über seine Vaterbeziehung, wird dabei aber im nonverbalen Verhalten aggressiv, nimmt z.B. einen Bleistift, den er zerbricht, oder zerstückelt dabei einen Radiergummi.

Diese spezifische Form der Ambivalenzäußerung, die Vermischung und gleichzeitige Signalisierung von widersprüchlichen Gefühlen, tritt in der Therapie bei Jugendlichen, nach meinen Erfahrungen, jedoch viel seltener in Erscheinung, als bei Erwachsenen.

Das ungleich stärkere Verhaftetsein im primärprozeßhaften Erleben hat zur Folge, daß der Jugendliche, im Gegensatz zum Erwachsenen, seine Affekte in unmittelbarer und eindeutiger Form zum Ausdruck bringen kann. Die Gefühlsreaktionen, ob nun positiver oder negativer Art, sind beim Jugendlichen spontaner und eruptiver und vor allem klarer als beim Erwachsenen.

4.4 Der therapeutische Prozeß

Im folgenden soll das Spezifische der Therapie bei Jugendlichen diskutiert werden. Die Besonderheiten des therapeutischen Vorgehens und allgemein, das Besondere des therapeutischen Prozesses, lassen sich aus der spezifischen Erlebniswelt des Jugendlichen erklären.

Konkret bedeutet dies zweierlei:

Zum einen müssen die in der adoleszenten Krise wirksamwerdenden Konflikte in der Therapie besondere Berücksichtigung finden, zum zweiten muß der spezifischen psychischen Struktur des Jugendlichen im therapeutischen Prozeß Rechnung getragen werden.

Der erste Punkt besagt, daß die in der Adoleszenz vorherrschenden Konfliktbereiche und zwar der Ablösungsprozeß, die Herausbildung der Sexualität sowie übergreifend, die pubertäre Identitätsdiffusion, die inhaltlichen Schwerpunkte der Therapie bilden. Unter diesem Gesichtspunkt muß auch die jeweilige akute Symptomatik, die beim Jugendlichen vorliegt, eingeordnet werden. Meines Erachtens steht jede Symptomatik, die der Jugendliche entwickelt hat, seien dies nun Depressionen, Ängste oder Zwänge, immer mit einer der erwähnten Konfliktbereiche in einem engen Zusammenhang. Letztlich sind die Symptome des Jugendlichen auf deren Ungelöstheit zurückzuführen.

Daraus folgt - und dies ist der erste wesentliche Unterschied zur Erwachsenentherapie - daß in der Therapie beim Jugendlichen immer auch die Bearbeitung und Bewältigung eines realen Konfliktes im Mittelpunkt steht.

Jugendtherapie kann, bzw. darf nicht allein als Bearbeitung von ausschließlich innerpsychischen Konflikten aufgefaßt werden. Die Auseinandersetzung und letztlich die Bewältigung mit der äußeren Realität ist immer integraler Bestandteil der Therapie. Daraus darf jedoch keineswegs die Schlußfolgerung gezogen werden, wie dies etwa Holzkamp/Kappeler (1977) tun, die Therapie bei Jugendlichen auf die Ebene der ausschließlich bewußten Aneignung und Auseinandersetzung des Individuums mit der äußeren objektiven Realität zu reduzieren. Also letztlich auf die bloße kognitive Ebene, sei diese nun problem-lösend oder begreifend/erkennend.

Die in der Adoleszenz sich geltendmachenden Konfliktbereiche (Loslösung, Sexualität und Identitätsdiffusion) sind immer auch innerpsychischer Natur. Sie sind in ihrer Genese, in ihrer Komplexität und Einmaligkeit nur aus der individuellen Geschichte verständlich. Die unbewußten Anteile der erlebten Konflikte, die eben in der individuellen Genese wurzeln, sind nicht durch Erkennen zu lösen, sondern nur durch Wiedererleben. Das heißt, nur durch genuine, psychotherapeutische Bearbeitung.

Diese Konfliktbewältigung ist meines Erachtens für den therapeutischen Prozeß beim Jugendlichen eigen-tümlich.

Hingegen gilt bei der Erwachsenentherapie dies so nicht. Zwar muß sich auch der Erwachsene während der Therapie mit Konflikten, die ihm von außen aufgezwungen werden, auseinandersetzen. Dies ist und wird jedoch nie Schwerpunkt der Therapie sein, vorausgesetzt es handelt sich um eine tiefenpsychologisch orientierte Therapieform, die auf kritische Selbstintrospektion ausgerichtet ist.

In den selbstintrospektiven Therapieformen steht die Auseinandersetzung, die Erfahrung mit dem eigenen Selbst den eigenen unbewußten Anteilen, die der Patient aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur agiert, im Vordergrund. In diesem Zusammenhang wird auch die Freudsche Abstinenzregel verständlich, die ja bekanntlich besagt, daß während einer Psychotherapie der Patient keine für ihn wesentlichen Entscheidungen treffen sollte. Er sollte vielmehr damit warten, bis die Analyse zum Abschluß gekommen ist, da sonst die Gefahr besteht, daß er nach außen agiert.

Auch in der Kinderpsychotherapie besteht, wie anhand des Zitates von A. Freud (S.161) verdeutlicht wurde, eine Dualität in der Therapie. Zum einen die therapeutische Arbeit in *genuinem* Sinne, die Bearbeitung von innerpsychischen Konflikten, zum anderen die Bearbeitung von realen Konflikten, die Schaffung von neuen Erfahrungen und Einstellungen der Eltern dem Kinde gegenüber, in der Elternberatung.

Diese Doppelgleisigkeit des therapeutischen Vorgehens ist jedoch nicht mit der in der Jugendpsychotherapie vergleichbar. Die Elternberatung, deren Ziel letztlich eine Einstellungsveränderung der Eltern gegenüber dem Kinde bewirken soll, ist für den bleibenden Erfolg der Therapie von wesentlicher Bedeutung. Ist doch und bleibt doch das Kind für einen längeren Zeitraum weiterhin in der Elternbeziehung involviert. Das Kind bleibt weiterhin psychisch und auch physisch abhängig von den Eltern.

Um eine bleibende Änderung zu gewährleisten, ist es also unumgänglich, die Beziehungsstrukturen der Familie und das emotionale Verhältnis der Eltern zu dem Kind mehr oder weniger tiefgreifend zu ändern.

Anders beim Jugendlichen. Zwar ist auch der Jugendliche im hohen Maße nicht zuletzt auch aufgrund der ödipalen Wiederbelebung in die Beziehung zur Mutter und zum Vater involviert. Dieses Involviertsein unterscheidet sich jedoch von der des Kindes, durch die sich vehement geltend-machende Loslösung von den Eltern, durch das Emanzipationsstreben von der Familie.

Die ansatzweise Herausbildung einer eigenen Identität, vor allem auch in sexueller Hinsicht, das Streben nach Loslösung und Emanzipation, sind Konflikte, unter denen der Jugendliche subjektiv leidet, mit denen er "nicht klar kommt". Letztlich muß der Jugendliche diese Konflikte für sich selber lösen.

Elternberatung kann demnach in der Therapie mit Jugendlichen also immer nur einen untergeordneten Stellenwert haben. Sie sollte als flankierende Maßnahme verstanden werden. Sie kann konfliktmindernd sein, vielleicht mehr gegenseitiges Verständnis erwecken, aber nie die Therapie ersetzen. Ich halte daher Familientherapie in der Regel bei Jugendlichen nicht für angezeigt. Da hier nicht das genuine Interesse des Jugendlichen nach Loslösung und Identität explizit zum Gegenstand der Therapie erhoben wird. Vielmehr wird hier bekanntlich das System Familie zum Gegenstand der Therapie gemacht. Zudem verunmöglicht

die familientherapeutische Grundregel, gegenüber allen Familienmitgliedern gleichbleibende und gleichwertige Einfühlung entgegenzubringen, ein gezieltes empathisches Eintreten für den Jugendlichen.

Der zweite Punkt besagt, daß sich das therapeutische Vorgehen nach der besonderen psychischen Struktur und subjektiven Befindlichkeit des Jugendlichen auszurichten hat. Die in der Adoleszenz vorherrschende spezifische Mischform von primär und sekundärprozeßhaftem Erleben, oder besser das Nebeneinander beider Erlebnisformen, muß in der Therapie mit Jugendlichen Berücksichtigung finden.

In den Abschnitten über Medium der Therapie und Übertragung wurde darauf schon in Ansätzen eingegangen. Hier wurden sowohl die Grenzen, aber auch die Möglichkeiten der Therapie bei Jugendlichen andiskutiert.

Das Gefühl der Zerissenheit, das sich zeitweise in völlige Orientierungslosigkeit steigern kann, andererseits, das Gefühl von fast manischer Hochstimmung, das einhergeht mit einem egozentrisch-narzißtischem Selbstgefühl, erfordern ein besonderes therapeutisches Vorgehen, das sich etwa von dem in der Erwachsenentherapie oder Kindertherapie deutlich unterscheidet.

Dies läßt sich am ehesten veranschaulichen, indem man die gängigen Therapiemethoden und Techniken auf ihre Anwendbarkeit hin bei Jugendlichen überprüft.

Ein sich Festlegen, ein Festhalten auf eine der hier diskutierten Therapieformen (GT,VT,Psa), aber auch der Versuch, aus allen drei Ansätzen ein **eklektisches** therapeutisches Modell zu entwickeln, kann meines Erachtens der Therapie bei Jugendlichen nicht gerecht werden.

Warum dies so ist, werde ich im folgenden versuchen darzulegen.

Anhand der therapeutischen Techniken, Spiegeln/Reverbalisieren von Gefühlen, Interpretation/Deutung sowie den behavioristischen Verhaltensmodifikationen, möchte ich die Grenzen der Verwendbarkeit dieser wichtigsten Theoriemethoden aufzeigen.

Die Spiegelung der Gefühle, bzw. deren Verbalisierung, wie dies vor allem in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, aber auch teilweise in der Psychoanalyse erfolgt, ist in der Psychotherapie mit Jugendlichen durchaus angebracht und sinnvoll, als eine alleinige therapeutische Methode ist sie jedoch nicht ausreichend.

Sicherlich wird durch das Spiegeln bzw. Reverbalisieren, wie in der Erwachsenentherapie und in der Spieltherapie, ein vertieftes Verständnis der eigenen emotionalen Befindlichkeit herbeigeführt. Der Jugendliche lernt, wie der Erwachsene und das Kind, seine Gefühle besser kennen. Dies mag auch in einigen Fällen sinnvoll und angebracht sein.

Etwa, wenn ein Jugendlicher depressiv verstimmt in die Therapiestunde kommt, selbst aber kaum, bzw. keine Gründe für sein Befinden vorbringen kann. Im Verlauf des therapeutischen Gespräches würde in diesem Falle die Selbstexploration im Mittelpunkt stehen. Ziel des Gespräches müßte es sein, etwaige Ursachen für die momentane depressive Verstimtheit zu finden, die dem Jugendlichen es ermöglichen, seine Befindlichkeit zu verstehen und sie somit zu akzeptieren.

Oft ist jedoch eine Spiegelung bzw. Reverbalisierung der Gefühle beim Jugendlichen wenig angebracht. Einfach deshalb, weil sich der Jugendliche über seine Gefühle und

Affekte voll bewußt ist, sie durchaus klar und deutlich verbalisieren kann. Die während der Therapie artikulierten Gefühle wie Wut, Trauer, aber auch Freude, bringt der Jugendliche sowohl verbal wie nonverbal eindeutig und unverfälscht zum Ausdruck. Ein Reverbalisieren, ein Spiegeln der Gefühle erübrigt sich daher nicht nur, sondern würde oft störend wirken und mithin nicht angebracht sein.

Die Fähigkeit, primärprozeßhaftes Erleben sprachlich sowie nonverbal klar und deutlich zum Ausdruck zu bringen, ist beim Jugendlichen eher die Regel als die Ausnahme. Worunter der Jugendliche leidet, ist weniger ein Nicht-mitteilen-können, ein Nicht-kennen seiner emotionalen Befindlichkeit, sondern die Nichterfüllbarkeit seiner Wünsche, seiner Phantasien. Dies gilt es zum Gegenstand der Therapie zu machen.

Die Interpretation, das Deuten ist nur ein Teil der therapeutischen Methode in der Jugendpsychotherapie.

Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen:

Ein Jugendlicher gerät aufgrund seines aggressiven Verhaltens immer wieder in Schwierigkeiten. In der Schule ist der Jugendliche besonders ausfallend gegenüber Lehrern und Mitschülern. Es bleibt nicht bei verbalen Aggressionen. Körperliche Angriffe und Drohungen sind dann auch der Grund, daß der Jugendliche auf Drängen der Schule zur Aufnahme einer Therapie veranlaßt wird. Aufgrund der anamnestischen Daten und der familiendynamischen Konstellation, ergibt sich eindeutig, daß der Jugendliche im Rahmen des Loslösungsprozesses massiv gegen den Vater agiert. Der Therapeut ist sich dieser Tatsache völlig sicher. Er findet dies im Verlaufe der therapeutischen Gespräche immer wieder bestätigt.

Der Jugendliche beklagt die Gängelung und Bevormundung des Vaters, schildert sehr konkret, worunter er leidet und bringt dabei seine Wut offen zum Ausdruck.

Eine Interpretation, eine Deutung in diesem Fall und in dieser Situation, die etwa so lauten könnte: "Du richtest deine Wut und deinen Ärger gegen deine Mitschüler und deine Lehrer, sie gelten aber im Grunde genommen deinem Vater", würde aller Wahrscheinlichkeit nach nur einen begrenzten therapeutischen Effekt haben.

Wie wird der Jugendliche diese Interpretation - die ja durchaus therapeutisch wohlwollend gemeint ist - auf-fassen, wie wird er sie verarbeiten, wie damit umgehen?

Der Jugendliche mag vielleicht diese Interpretation intellektuell nachvollziehen, allein dazu benötigt er ein bestimmtes psychologisches Verständnis. Verfügt er nicht darüber, so könnte der Therapeut ihm erklären, daß es einen derartigen psychologischen Zusammenhang geben kann, und daß dieser Mechanismus der Projektion bei ihm vorliegen könnte.

Der Jugendliche wird in der Regel keine Schwierigkeiten haben, diese psychologische Erklärung intellektuell zu begreifen. Allein mit seinen Problemen ist ihm damit wenig geholfen, seine momentanen Schwierigkeiten bestehen weiterhin. Der Jugendliche wird sich letztlich mit seinen Problemen allein gelassen fühlen, sich nicht wirklich verstanden fühlen.

Die Ursache für die Schwierigkeiten, das gespannte Vater/Sohn-Verhältnis wurde vom Therapeuten zwar benannt, dies nützt jedoch dem Jugendlichen wenig, wenn es als Deutung

isoliert im Raum stehen bleibt. Über die Deutung hinaus, muß die reale Auseinandersetzung mit dem Vater, also die Loslösung zum Gegenstand der Therapie gemacht werden. Die Interpretation der vermuteten, durchaus richtigen psychologischen Zusammenhänge, sind also nur Voraussetzung für die Konfliktbearbeitung.

Hingegen sind Deutungen von Übertragungsreaktionen, also Interpretationen im genuinen psychoanalytischen Sinne, die ungelöste Konflikte aus der Kindheit zum Inhalt haben, in der Therapie bei Jugendlichen wenig sinnvoll, da diese therapeutisch nicht wirksam sind. Eine Deutung von Übertragungsreaktionen ist ja nur dann angebracht, wenn der Patient eine Übertragungsneurose entwickelt hat, das heißt, den Therapeuten in wesentlichen Bereichen als Vater oder Mutter erlebt. Dies ist, wie schon erwähnt, beim Jugendlichen nicht der Fall, bzw. ist aufgrund seiner realen emotionalen Involviertheit in der Familie nicht möglich. Derartige Deutungen werden therapeutisch nur dann wirksam, wenn der Patient diese Interpretationen annehmen kann, d.h., wenn er sie sinnlich emotional affektiv erlebt, was meistens mit dem Gefühl von Schmerz, Trauer und Wut einhergeht.

Ein Evidenzerlebnis wird sich beim Patienten also nur dann einstellen, wenn der Therapeut eine Interpretation anbietet, die beim Patienten eine Aufschlüsselung, ein schmerzliches Nachempfinden und Erkennen unbewußter Anteile erlebbar macht

Diese Art der Interpretation, diese Art des therapeutischen Vorgehens, ist aber erst dann möglich, wenn der Patient dazu fähig und gewillt ist, sich mit seiner individuellen Gewordenheit, seiner familiären Geschichte, auseinanderzusetzen.

Der Patient muß bereit sein, sich in den therapeutischen Prozeß einzulassen, d.h. sich in erster Linie in Frage zu stellen, sich mit seinen unbewußten Anteilen konfrontieren, was nur mit schmerzlichen Erfahrungen möglich ist.

Anders hingegen beim Jugendlichen. Da der Jugendliche noch realiter zu sehr in den familiären Strukturen involviert ist, kann er nicht den Abstand zur eigenen Geschichte aufweisen, wie dies in der Therapie bei Erwachsenen Voraussetzung ist. Zudem zentriert sich sein subjektives Erleben um die Konfliktbereiche Sexualität, Loslösung und Identitätsbildung. Aufbruch, Zukunftsorientiertheit und Abschied von der Kindheit prägen sein Erleben wesentlich. Ein Bedürfnis nach Aufarbeitung der eigenen Geschichte, der eigenen Kindheit ist dem Jugendlichen weitgehend fremd.

Zum Schluß möchte ich noch auf die Bedeutung der Verhaltensmodifikationstechniken in der Jugendpsychotherapie eingehen.

Auf dem ersten Blick scheinen sich die verhaltenstherapeutischen Techniken, vor allem der Aufbau kognitiver Strukturen sowie das Erarbeiten von Problemlösungsstrategien für die Therapie bei Jugendlichen besonders gut zu eignen. Sind doch, wie eingangs betont, die Therapieziele eindeutiger und überschaubarer als in der Erwachsenentherapie. Die zum Gegenstand der Therapie erhobenen Konfliktbereiche, Loslösung, Sexualität und Identitätsfindung, die ja, wie ausdrücklich erwähnt, durchaus nicht nur innerpsychischer Natur, sondern immer auch Konflikte mit der äußeren Realität sind, scheinen für ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen besonders geeignet.

In dem oben erwähnten Beispiel, bei dem der Hauptkonflikt in dem nicht gelösten Vater-Sohn-Verhältnis, in einer unbewältigten Autoritätsproblematik bestand, den der Jugendliche auch auf die Schule übertrug, scheint oberflächlich gesehen ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen die Therapie der Wahl zu sein.

Mit dem Jugendlichen könnten in einem erstem Schritt die Situationen herausgearbeitet werden, in denen er überschüssig aggressiv in der Schule und auch zu Hause reagiert.

Nach Erstellung einer Baseline könnte sich - was durchaus nicht unwahrscheinlich wäre - eine Änderung des Verhaltens einstellen, allein schon deshalb, weil dem Jugendlichen das eigene Verhalten durch die Protokollierung bewußter wird.

In einem zweiten Schritt könnten mit dem Jugendlichen alternative Verhaltensweisen erarbeitet werden, die er in den kritischen Situationen anwenden sollte. Er könnte etwa mit Ignorieren, aus dem Feld gehen, oder auch verbal humoristisch oder zynisch auf die kritischen Situationen reagieren. Dies mag durchaus als sinnvolles therapeutisches Vorgehen angebracht erscheinen, da dies für diejenigen, die unter dem Verhalten leiden, sowohl für die Lehrer und Mitschüler, aber auch für den Jugendlichen eine sichtbare Erleichterung bringen kann.

Allein der zugrundeliegende Konflikt wird vielleicht dadurch entschärft, aber in seinem ursächlichen Zusammenhang nicht gelöst. Die ambivalenten Gefühle gegenüber dem Vater bleiben bestehen. Gefühle wie Wut, Haß und auch

Bewunderung, die der Jugendliche gegenüber dem Vater hegt, sind nicht Gegenstand der Therapie.

Auf das Unbehagen des Jugendlichen, in diesem Beispiel das Verhältnis zum Vater, wird in der Verhaltenstherapie nur insofern eingegangen, als hier bestenfalls alternative Handlungsweisen angeboten werden. Im günstigsten Fall kann damit eine Entschärfung des Konfliktes herbeigeführt werden, oft aber bleibt die Konfliktbewältigung oberflächlich. Der inneren Befindlichkeit, den Gefühlen und Affekten des Jugendlichen, wird im verhaltenstherapeutischen Ansatz im Gegensatz zu den anderen diskutierten Therapierichtungen am wenigsten Rechnung getragen.

Thesenartig möchte ich mein Verständnis zum therapeutischen Verlauf bei Jugendlichen zusammenfassen:

- In der Anfangsphase der Therapie steht der Abbau der Mißtrauenshaltung des Jugendlichen, bzw. die Auflösung der negativen Übertragung im Vordergrund.
- In der zweiten Phase geht es um die Herausarbeitung und Fokkisierung der momentanen subjektiven Befindlichkeit des Jugendlichen. Es gilt hier sein Leiden, seine Ängste und Konflikte zu vertiefen und zu verdeutlichen.
- Die therapeutische Arbeit verläuft auf zwei Ebenen:
 - a) psychotherapeutisches Vorgehen im genuinen introspektiven Sinne, Bearbeitung von innerpsychischen Prozessen, Assimilierung von unbewußten Anteilen, Auseinandersetzung mit der jeweilig vorherrschenden Symptomatik (Ängste, Zwänge, etc.).
 - b) Bearbeitung der Konfliktbereiche mit denen der Jugendliche aufgrund der adoleszenten Krise konfrontiert ist (Loslösung, Sexualität und übergreifende Identitätsdiffusion). Dies bedeutet immer Auseinandersetzung mit der äußeren Realität.
- In der therapeutischen Arbeit gilt es die spezifische psychische Struktur und Befindlichkeit des Jugendlichen zu berücksichtigen. Dies betrifft hauptsächlich die besondere Mischform von primär- und sekundärprozeßhaften Erleben, das sowohl in der Sprache als auch in den Übertragungsreaktionen des Jugendlichen zum Ausdruck kommt.

- Die gängigen psychotherapeutischen Techniken und Methoden wie Spiegelung, Interpretation, Deutung etc. sind aufgrund der spezifischen Struktur und Befindlichkeit des Jugendlichen nur begrenzt anwendbar.
- Therapieziel ist, den Jugendlichen dazu zu befähigen, sich den pubertären Problemfeldern wie Loslösung, Sexualität und übergreifend Identitätsfindung auf der äußeren und inneren Konfliktebene zu stellen.

Anhand von zwei Fallbeispielen soll der Verlauf der Therapie auf seiten des Jugendlichen veranschaulicht werden. Auf die Rolle des Therapeuten, das Wirken von Gegenübertragung, wird dabei an dieser Stelle nur implizit eingegangen. Die explizite Herausarbeitung der Rolle des Therapeuten, seine notwendige Qualifikation und die Funktion von Persönlichkeitsmerkmalen des Therapeuten erfolgt in dem nächsten Kapitel.

Fallbeispiel 1

Ch., ein 15jähriger Jugendlicher, wurde von seiner Mutter wegen "aggressiven Verhaltens", Leistungsver sagen und beginnender Schulverweigerung vorgestellt. Ch. war das Kind eines farbigen US-Soldaten, der zwei Jahre nach der Geburt des Kindes allein in die USA zurückkehrte. Ch. lebte mit der Mutter allein. Die Mutter unterhielt ein eigenes Geschäft, das sie sehr beanspruchte. Zum leiblichen Vater in den USA bestand seit Jahren kein Kontakt mehr.

In der Schule kam es immer wieder aufgrund des überschießenden aggressiven Verhaltens, sowohl mit den Mitschülern als auch mit den Lehrern, zu Schwierigkeiten. So würgte Ch. etwa einen Mitschüler dermaßen heftig, daß ernsthaft ein Schulverweis drohte. Durch seine dunkle Hautfarbe bedingt, verstärkte sich seine Außenseiterposition zusätzlich. Trotz seiner überdurchschnittlichen Intelligenz (Hawik IQ von 120), mußte Ch in der 8. Klasse vom Gymnasium auf die Realschule wechseln und stand gegen Ende der 9. Klasse vor einem erneuten Wechsel auf die Hauptschule. Ch. lehnte die Schule ab, verweigerte zusehends die Mitarbeit, fing an, dem Unterricht fernzubleiben. In seiner Freizeit beschäftigte sich Ch. überwiegend mit ausgesprochenen Kampfsportarten (Karate, Judo etc.), war darüberhinaus in einem Kirchenchor als Bläser aktiv, sporadisch nahm er auch am kirchlichen Gemeindeleben teil.

Zu Beginn der Therapie lehnte Ch. es völlig ab, über sich, seine Interessen und seine Probleme zu reden. Auf Gesprächsangebote reagierte Ch. gelangweilt bis ablehnend.

Er setzte sich so, daß der Blickkontakt unterbrochen wurde, oder spielte demonstrativ mit einem Bleistift, Radiergummi, Gegenständen, die für ihm auf dem Schreibtisch erreichbar waren.

Eine Kontaktaufnahme war in den ersten Sitzungen nur durch gemeinsame, vor allem sportliche Aktivitäten, wie Tischtennis, Fußball etc., möglich. Ab der vierten Stunde ließ Ch. auch andere gemeinsame Aktivitäten, wie Kartenspiele und Würfelspiele, zu. Hierbei zeigte sich, wie schon bei den sportlichen Aktivitäten, daß Ch. nicht verlieren konnte. Auf eine Niederlage im Spiel reagierte Ch. entweder aggressiv, indem er die Karten wegwarf, oder aber mit dem Versuch zu mogeln. Darauf angesprochen, entgegnete Ch. , eher erstaunt, etwa sinngemäß, er könne gar nicht verlieren, da er in allen Spielen einfach besser sei und überhaupt sei er der Größte. Diese von keinerlei Zweifeln begleitete Omnipotensphantasie brachte Ch. mit völliger Selbstverständlichkeit zum Ausdruck.

Besonders in der Anfangsphase der Therapie übertrug Ch. seine Aggressionen unmittelbar auf den Therapeuten. Dies ging teilweise so weit, daß er versuchte, den Therapeuten auch körperlich anzugreifen. Über die gemeinsamen sportlichen und spielerischen Aktivitäten gelang es jedoch, die gegen den Therapeuten gerichteten Angriffe im Spiel, im Wettkampf zu "neutralisieren". Die therapeutische Regel "keine körperlichen Angriffe auf den Therapeuten" wurde offen ausgesprochen und auch von Ch. bald akzeptiert.

Schrittweise gelang es, kurze Gesprächsphasen in die gemeinsamen spielerischen und sportlichen Aktivitäten einzuflechten. Anfänglich dauerten die Gespräche maximal 10 Minuten, nach ca. einem Viertel Jahr war Ch. dazu in der Lage, 40 bis 50 Minuten offen und frei über sich zu reden.

In der ersten Phase der therapeutischen Gespräche standen Ch. Interessen, seine Freizeitgestaltung im Vordergrund. Sehr ausführlich und begeisternd berichtete Ch. über seine sportlichen Aktivitäten. Dabei zeigte sich, daß er sich mit dem Boxweltmeister Muhammed Ali sowie mit dem Karateschauspieler Bruce Lee, von dem er alle Filme, teilweise sogar wiederholt gesehen hatte, identifizierte. Ch. phantasierte, daß er später Nachfolger seiner beiden Idole werden würde. Der Wunsch, einmal selbst so erfolgreich zu werden, war ein ausschlaggebendes Motiv für seine Disziplin und Ausdauer, die er im sportlichen Bereich zeigte. Er vernachlässigte deswegen bewußt die Schule, ging lieber zum Training, als die leidigen Hausaufgaben zu machen.

Die Gespräche über Chs' zweiten Interessenkreis der geistlichen Musik, sowie der Mitarbeit in der kirchlichen Gemeinde, eröffneten einen problemlosen Zugang zu religiösen, ethisch-moralischen und letztlich auch zu sexuellen Fragen. Hierbei zeigte sich, daß Ch. gläubiger Katholik war, regelmäßig den sonntäglichen Gottesdienst besuchte, und jedenfalls im Gespräch das katholische Keuschheitsdogma vertrat. Sexualität tabuisierte er in den Gesprächen anfänglich völlig. Dies korrespondierte mit einer ungewöhnlichen Scheu vor Mädchen. Es war offensichtlich, daß seine expansiven sportlichen Aktivitäten eine kompensatorische Funktion hatten.

Durch das intensive Eingehen auf die momentanen Interessen und Phantasien während der Anfangsphase der therapeutischen Gespräche, konnten bei Ch. zwei für ihn wesentlichen Konfliktbereiche, die in seinem Erleben eine hervorragende Rolle spielten, seine Aggression, sowie seine Angst, sich mit der Sexualität auseinanderzusetzen, herausgearbeitet werden. Ungleich schwerer konnte und wollte Ch. anfänglich über die konkreten Probleme, die er in der Schule und zu Hause hatte, reden, nicht zuletzt deshalb, da er fast täglich von den Lehrern sowie von der Mutter mit seinem Negativ-Verhalten konfrontiert wurde.

Zwar brachte Ch. unmittelbar und spontan sein Unbehagen gegenüber der Schule, seine Wut und Aggressionen gegenüber den Mitschülern und Lehrern und sogar auch gegenüber seiner Mutter zum Ausdruck. Er verbalisierte dies etwa sinngemäß so: "Die sollen mich alle in Ruhe lassen, wenn mir etwas nicht paßt, schlag ich eben zu, ich laß mir sowas einfach nicht gefallen," etc.

Bei näherem Nachfragen, was ihn so aggressiv mache, warum er eigentlich so wütend werde, reagierte Ch. anfänglich mit Verwunderung. Die Aufforderung zur Selbstexploration, etwa in dem Sinne, was mögen die Gründe für mein Verhalten sein, welche Gefühle sind bei mir in den kritischen Situationen vorherrschend, kam für Ch. unerwartet. Im ersten Moment konnte er damit wenig anfangen, stand diesen Fragen eher verständnislos gegenüber. Ch. reagierte mit Gesten der Verlegenheit, indem er schüchtern lächelte, was durchaus im Gegensatz zu seinem sonst üblichen Verhalten stand. In seiner Mimik wurde deutlich ein Gefühl der Verunsicherung sichtbar, hier mit etwas bis dahin Ungekanntem konfrontiert zu werden. Diese Sicht-

weise, sich selbst kritisch zu hinterfragen, war für Ch. neu und wurde durch eine gewisse Nachdenklichkeit und Introvertiertheit, die vorher bei Ch. nicht zu verzeichnen war, begleitet. Es dauerte eine geraume Zeit, ehe Ch. diese Form des therapeutischen Gespräches akzeptieren konnte.

Nach etwa einem halben Jahr war Ch. in der Lage, zunehmend über seine familiäre Situation zu sprechen. Dabei stellte sich heraus, daß seine Aggressionen vor allem dem Partner der Mutter, aber auch der Mutter galten. Gegenüber dem Freund der Mutter, der nicht in der Familie lebte, dort nur zeitweise anwesend war, entwickelte Ch. ausführliche Mordphantasien. Sein verbissenes Üben, seine angestrebte Perfektion in den Kampftechniken dienten dazu, sich mit dem Freund der Mutter körperlich auseinanderzusetzen zu können, ihm letztlich körperlich gewachsen und überlegen zu sein. Ch. formulierte dies folgendermaßen: "Irgendwann schlag ich so zu, daß der nicht mehr aufsteht und mit dem Krankenwagen aus dem Hause gebracht werden muß."

Weiter entwickelte Ch. die Phantasie, daß die Mutter den Vater böswillig verlassen habe. Die damit verbundenen Schuldvorwürfe bildeten den Grund für die Aggressionen gegenüber der Mutter, was sich teilweise in körperlichen Angriffen äußerte. Ch. konnte und wollte über längere Zeit den Gedanken nicht zulassen, daß der Vater die Familie verlassen hatte, obgleich er dies irgendwie ahnte.

Obwohl, wie schon erwähnt, zum Vater in den USA seit Jahren kein Kontakt mehr bestand, phantasierte Ch. nach seinem Schulabschluß nach Amerika, zu seinem Vater zu gehen, um dort ein neues Leben anzufangen. Dabei schrieb

Ch. dem Vater ungeheure, völlig unrealistische Fähigkeiten zu, die ihm in Amerika eine Karriere ermöglichen würden. Die intensive Beschäftigung und teilweise Identifikation mit dem Vater wurde durch die latente Ablehnung des Freundes der Mutter noch verstärkt. Darüberhinaus war sich Ch. aufgrund seiner dunklen Hautfarbe täglich bewußt, daß er nicht in diese Welt passe, wie er es formulierte. Ch. betonte immer wieder, daß er sich nicht als Deutscher fühle, im grunde Amerikaner sei. In diesem Zusammenhang wurde auch die Wahl des farbigen Boxweltmeisters Muhammed Ali als Idol verständlich.

Als Ch. über seinen Vater zu reden begann, seine Phantasien hierüber zulassen konnte, trat die Therapie in eine entscheidende Phase. Durch die Bearbeitung, oder besser durch die Vertiefung seiner Phantasien über seinen Vater, die ja auß Engste mit seiner Zukunftsperspektive zusammenhing, stellte sich eine frappierende Besserung in Ch.'s Verhalten ein.

Bei Ch. machte sich eine gewisse Nachdenklichkeit bemerkbar, das Gefühl des Enttäuschtseins, sowie ein Anflug von Trauer traten auf. Das Kernproblem seines Konfliktes, das Verhältnis zum Vater und damit aufs engste verbunden, die Suche nach seiner Identität wurden zum Mittelpunkt der Therapie.

Ch. kam sozusagen an die Wurzel seines Leidens. Sein Versuch, sich mit einem nur in der Phantasie existierenden Vater, also letztlich mit einem Phantom zu identifizieren, mußte mißlingen. Die Auseinandersetzung mit dem gleichzeitig bewunderten und gehaßten, aber nur in der Phantasie existierenden Vater, glich einer Donquichotterie. Zum einen schrieb er diesem Phantom ungeheure

Möglichkeiten zu (Omnipotenzzuschreibung), zum anderen mobilisierte er starke Haß- und Wutgefühle gegenüber dem Vater, da er insgeheim "wußte", daß dieser letztlich ihn und seine Mutter verlassen hatte.

Obgleich in der Therapie die ambivalenten Gefühle gegenüber dem Vater nicht völlig aufgearbeitet werden konnten, konnte durch die tendenzielle und partielle Zulassung der Gefühle über die Phantasien eine deutliche Besserung erzielt werden.

Parallel zu dem psychotherapeutischen Vorgehen, im genuinen Sinne, wurden mit Ch. in den Gesprächen Zukunftsperspektiven erörtert, die den realen Fähigkeiten und Möglichkeiten entsprachen. Ch. begann sich zusehends mehr für Musik zu interessieren, nahm auf eigenem Wunsch Posaunenunterricht, und spielte ernsthaft mit dem Gedanken, Musiker zu werden. Darüberhinaus wurden flankierende pädagogische Maßnahmen eingeleitet, da seine schulischen Defizite dies erforderten.

Fallbeispiel 2

Th., ein 17jähriger Jugendlicher, wurde von den Eltern wegen seines stark gehemmten Verhaltens und ausgeprägter Kontaktarmut vorgestellt. Th. besuchte die Klasse 11 des Gymnasiums, seine Schulleistungen waren gut durchschnittlich. In der Klasse hatte Th. eine ausgesprochene Außenseiterposition inne. Er beschränkte den Kontakt zu seinen Mitschülern auf das Nötigste, redete nur dann mit ihnen, und auch nur über schulische Dinge, wenn dies sich nicht vermeiden ließ. Zu Hause zog sich Th. nachmittags in sein Zimmer zurück, kam nur zu den Mahlzeiten mit seinen Eltern in Kontakt. In Gesprächen verschloß er sich den Eltern gegenüber völlig.

Die Eltern standen alldem hilflos gegenüber, schilderten ihren Sohn als schon immer introvertiert und ängstlich. In diesem Zusammenhang berichtete die Mutter, daß Th. auch in seiner Kindheit nie feste und längere Freundschaften gepflegt habe, bis zu seinem 13. Lebensjahr konnte Th. nicht alleine zu Hause bleiben. Die Eltern lebten sehr zurückgezogen, außer zu einigen engen Verwandten unterhielten sie kaum Außenkontakt.

Zu Beginn der Therapie fiel bei Th. eine ausgeprägte Mißtrauenshaltung auf, die er lange Zeit beibehielt und erst nach etwa einem Viertel Jahr aufgab .

Nur sehr vorsichtig und zögernd redete Th. in der Anfangsphase der Therapie fast ausschließlich über schulische Situationen. Er beklagte, daß ihn der Unterricht langweile. Seine Mitschüler interessierten ihn nicht, da sie nur über belanglose und banale Dinge, wie Musik, Discobesuche, Filme, Sport etc. sprechen würden.

Auf seine Interessen und Vorlieben befragt, versuchte Th. auszuweichen. In einem deutlich unterschwellig aggressiven Ton gab er zu verstehen, daß er völlig andere Interessen habe als seine Mitschüler, er überhaupt anders sei als sie. Dabei schwang deutlich das Gefühl, etwas Besonderes zu sein, nicht so zu sein, wie alle anderen, mit.

Auf das Besondere hin angesprochen, berichtete Th. zum ersten Mal über seine Tagträume. Allmählich wurde deutlich, daß Th. in einer eigenen Phantasiewelt lebte. Während der Unterrichtszeit, aber besonders nach der Schule, flüchtete Th. in eine eigene Traumwelt. Bis zu sechs Stunden imaginierte er, nachmittags in seinem Zimmer, seine eigene Traumwelt.

Allein das Mitteilen seiner Tagträume, bzw. das Eingeständnis, in einer eigenen Phantasiewelt zu leben, brachte für Th. eine sichtbare Erleichterung. Th. produzierte die Tagträume zwar teilweise bewußt, andererseits empfand er sie aber als etwas Zwanghaftes, was er gleichsam tun müsse, gegen das er sich nicht wehren könne. Im übrigen sprach Th. das erste Mal überhaupt mit jemanden darüber. Die Preisgabe seines Geheimnisses, dem er ja durchaus ambivalent gegenüberstand, führte sichtlich zu einer Entlastung. Zur Veranschaulichung möchte ich zwei Tagträume illustrieren, die Th. schriftlich fixierte und in die Therapiesitzungen mitbrachte.

Es ist Krieg und Nacht. Ich bin Soldat. Ich sitze in einer sicheren Ecke in einer Stadt, die zerstört wird. Es ist kein Mensch zu sehen. Ich sehe nur meine Umgebung, die in Flammen steht. Granaten schlagen um mich herum ein. Die Flammen beleuchten die Szene. Allmählich versinkt die Stadt um mich herum in Schutt und Asche.

Ich bin Polizist und soll mit mehreren Kollegen eine Straßensperre errichten. Mehrere Wagen mit gesuchten Verbrechern fahren in die Sperre. Es gibt eine Schieserei mit vielen Verletzten. Ich werde auch leicht verletzt. Anschließend explodieren die Autos.

Die Tagträume spiegeln auf eine sehr eindringliche Weise seine damalige subjektive Befindlichkeit wider. Ein hohes aggressives Potential, gemischt mit dem Gefühl der Einsamkeit und fast apokalyptische Ängste vor der gegenwärtigen Situation (Umgebung steht in Flammen), bestimmten sein Erleben.

Die Tagträume bildeten im weiteren Verlauf der Therapie das Material, an dem bevorzugt therapeutisch gearbeitet wurde. Th. wurde dazu ermuntert, weitere Assoziationen und Phantasien zu den Tagträumen zu entwickeln und dazu veranlaßt, besonders seinen momentanen Gefühlen Ausdruck zu verleihen.

Dies hatte zur Folge, daß Th. weitere Phantasien und Ängste zulassen konnte, die sich zunehmend auf die Realität verlagerten.

Th. berichtete über Vorstellungen, auf der Straße und im Kaufhaus von fremden Leuten beobachtet und verfolgt zu werden. Th. glaubte, bestimmte Personen würden ihn "komisch ansehen, so als ob sie etwas von ihm wollten." Mögliche Ursachen für seine paranoiden Ängste wurden im Verlauf der therapeutischen Gespräche interpretativ erarbeitet. Die Deutung lag nahe - Th. konnte diese auch

gut akzeptieren - daß er seine Wünsche auf Menschen zuzugehen auf fremde Personen projizierte.

Parallel dazu wurden konkrete Verhaltensmöglichkeiten durchgespielt, denen Th. sich gewachsen fühlte, die er meinte, angstfrei bewältigen zu können, um Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule und im außerschulischen Bereich sukzessiv herzustellen.

Nach etwa einem Dreiviertel Jahr stellte sich eine gewisse Stabilisierung in seiner sozialen Kontaktfähigkeit her. Th. besuchte politische Jugendgruppen und arbeitete in der Schülerzeitungs-AG aktiv mit. Gleichzeitig war eine deutliche Reduzierung seiner Tagträumerei zu verzeichnen.

Nach etwa einem Jahr trat das Verhältnis zu seinen Eltern zusehends in den Mittelpunkt der Therapie. Th. war erst jetzt in der Lage und gewillt, längere Zeit über seine Eltern zu sprechen. In diesem Zusammenhang phantasierte Th. plötzlich von den Eltern vergiftet zu werden. Diese erneuten paranoiden Gedanken waren für mich durchaus überraschend, da Th. schon relativ gefestigt wirkte. Th. aß nicht mehr gemeinsam mit den Eltern zu Tisch, über einige Wochen ernährte er sich ausschließlich außer Haus von Gebäck, Kakao, Currywurst etc.

In Tagesprotokollen, die Th. aus eigenem Antrieb anfertigte und in die Therapie mitbrachte, kam sein Haß, seine Verachtung gegenüber den Eltern recht deutlich zum Ausdruck. Th. schilderte seine Eltern als kleinkariert,

weinerlich, hypochondrisch, denen jegliche Sensibilität fehlte. Das häusliche Milieu wurde ihm zusehends unerträglich, der Wunsch, von zu Hause auszuziehen, wurde immer deutlicher artikuliert.

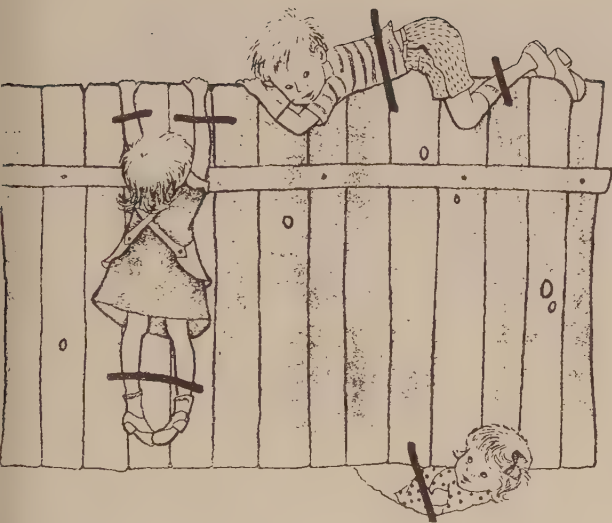
Die Vergiftungsphantasien hörten nach kurzer Dauer (ca. zwei Wochen) auf, nachdem Th. seine Gefühle gegenüber den Eltern immer deutlicher und krasser formulierte. Passagär traten in den Assoziation zu den Aufzeichnungen der Tagesprotokolle Tötungsphantasien gegenüber den Eltern auf.

Dieses Wandlungsphänomen (Leuner, 1980) die Verschiebung von der Angst, getötet zu werden, hin zum Wunsch, selber zu töten, muß als Therapiefortschritt angesehen werden, da hier vorher abgespaltene aggressive Anteile assimiliert wurden.

Wie tief seine aggressiven Potentiale gingen, zeigte ein Kinderbuch, daß Th. in dieser Phase der Therapie zufällig (!!) fand, in denen er als 9jähriges Kind, auf den Abbildungen die Kinder andeutungsweise strangulierte und fesselte (siehe dazu Abbildung umseitig).

Gegen Ende der Therapie, nach ca. zwei Jahren, nahm der Wunsch nach einer räumlichen Trennung von den Eltern immer konkretere Formen an. Th. ging auf Wohnungssuche, feststand für ihn, daß er nicht allein, sondern in eine Wohngemeinschaft ziehen wolle. In Absprache mit den Eltern wurde der Umzug nach dem Abitur vereinbart.

Ende der 13. Klasse, nachdem Th. erfolgreich sein Abitur absolviert hatte, zog Th. in eine Jugendwohngemeinschaft, und begann Politologie und Geschichte zu studieren.



4. 5

Qualifikation und Persönlichkeitsaspekte
des Therapeuten hinsichtlich der Therapie
mit Jugendlichen

4.5.1 Vorbemerkung

Im letzten Teil der Arbeit geht es um die Frage nach der Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten. Welche spezifischen Bedingungen und Voraussetzungen sollten bei einem Therapeuten vorliegen, der hauptsächlich mit Jugendlichen arbeitet?

Bestehen Unterschiede in der Qualifikation und der Persönlichkeitsstruktur zu den Therapeuten, die überwiegend mit Kindern und Erwachsenen arbeiten, und wenn ja, wie könnten diese Unterschiede aussehen?

Weiter ist zu fragen, wie lassen sich die geforderten Qualifikationen und Persönlichkeitsaspekte, denen ein Jugendpsychotherapeut entsprechen sollte, genauer bestimmen?

Um Mißverständnissen vorzubeugen, ich habe hier nicht therapeutische Qualifikationen im engeren Sinne im Auge, das heißt, nicht die Verfügbarkeit einer gewissen Anzahl bestimmter therapeutischer Techniken und Methoden.

Wie im vorherigen Teil aufgezeigt wurde, spielen die therapeutischen Techniken im therapeutischen Prozeß mit Jugendlichen zwar eine gewisse Rolle, im Gegensatz etwa zur Erwachsenentherapie sind sie jedoch von untergeordneter Bedeutung. Ein spezifisches Repertoire therapeutischer Techniken und Methoden, die sich besonders für die Therapie mit Jugendlichen eignen ist bisher noch nicht entwickelt.

Dies bedeutet nun keinesfalls, daß der Therapeut, der vorrangig mit Jugendlichen arbeitet, über weniger therapeutische Qualifikationen in diesem engeren Sinne verfügen sollte, als derjenige, der mit anderen arbeitet.

Unabhängig davon, welcher Therapieschule sich der Therapeut verpflichtet fühlt, werden in der Ausbildung und Weiterbildung die therapeutischen Techniken und Methoden erworben. Dies gilt gleichwohl für den Therapeuten, der überwiegend mit Kindern, Erwachsenen oder mit Familien arbeitet.

Therapeutische Qualifikation - wie ich sie sehe - bedeutet aber mehr, als die bloße Verfügbarkeit über bestimmte Techniken und Methoden. Therapeutische Qualifikation schließt bestimmte Fähigkeiten ein, über die der Betroffene aufgrund seiner eigenen Geschichte schon mehr oder weniger ausgeprägt verfügt.

In diesem Zusammenhang erhebt sich die Frage nach der unbewußten Motivation, warum jemand bevorzugt mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen arbeitet. Es ist besonders das Verdienst Kohuts und Millers darauf hingewiesen zu haben, daß der Antrieb, psychotherapeutisch tätig sein zu wollen, oft verbunden mit einer sensiblen Fähigkeit zur Empathie, auf das Leiden anderer eingehen zu können, in dem subjektiven Lebensweg zu suchen ist, bzw. begründet liegt.

Dies soll jedoch keineswegs so aufgefaßt werden, daß die Fähigkeit zum empathischen Mitschwingen, gleichsam schicksalhaft mit in die Wiege gelegt wurde.

Diese einseitige Auffassung würde die Möglichkeit einer nachträglichen und vertieften Aneignung der Empathie nicht zulassen.

Weiter schließt die therapeutische Qualifikation die Bereitschaft, den Mut und die Fähigkeit zur kritischen Selbstintrospektion mit ein.

Derjenige, der sich ernsthaft entschließt, therapeutisch zu arbeiten, kommt nicht umhin, anzuerkennen, daß er zutiefst selbst im therapeutischen Prozeß involviert ist und dort eigene unbewußte Anteile mehr oder weniger stark agiert.

Die permanente Bereitschaft zur Selbsterfahrung und Selbstanalyse ist mithin notwendige Voraussetzung um therapeutisch tätig sein zu können.

Anhand von drei Schwerpunkten möchte ich die Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten im therapeutischen Prozeß mit Jugendlichen erörtern.

Der erste Punkt betrifft die empathische Fähigkeit des Therapeuten, in die subjektive Erlebnisswelt des Jugendlichen eintauchen zu können.

Der zweite Punkt betrifft den Umgang mit der Gegenübertragung. Dies beinhaltet, daß der Therapeut unbewußte eigene Anteile im therapeutischen Prozeß mitagiert.

Im letzten Punkt kommen darüberhinaus Verhaltensweisen, Einstellungen und Persönlichkeitsaspekte des Therapeuten zur Sprache, die hinsichtlich der Gestaltung, des Verlaufes und letztlich für den Erfolg der Therapie hinderlich oder förderlich sein könnten.

4.5.2 Realisierung von Empathie

Im ersten Teil (Seite 53ff) bin ich schon ausführlich auf die Therapeutenvariable Empathie eingegangen. In Anlehnung an Rogers und Kohut gilt Empathie als eine wesentliche Therapeutenvariable. Unter Empathie verstehe ich die Fähigkeit zum einfühlsamen Eintauchen in die subjektive Erlebnisswelt des Patienten. Wie oben schon erwähnt, ist die empathische Fähigkeit nicht einfach bewußt und willentlich hervorrufbar, sondern eher als ein Aspekt der Gesamtpersönlichkeit des Therapeuten zu betrachten.

Dies schließt, wie gesagt nicht aus, daß der Therapeut seine empathische Fähigkeit in der Ausbildung, Selbsterfahrung und Eigenanalyse nicht weiter vertiefen und verfeinern könnte. Im ersten Teil habe ich versucht, empathisches Verständnis von Mitleid und opportunistischer Einstellung abzugrenzen. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die "Echtheit" des empathischen Verhaltens hingewiesen, wobei es mir um die Abgrenzung zu einer gespielten, vorgespiegelten Einfühlung, eines nur oberflächlichen Nachvollziehens der Erlebnisswelt des Patienten, wo das Moment des emotionalen Mitschwingens fehlt, ging.

Was bedeutet nun Empathie bezogen auf die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen? Läßt sich überhaupt von einer besonderen empathischen Fähigkeit des Therapeuten, der mit Jugendlichen arbeitet, sprechen? Und wenn ja, wie könnten die Unterschiede aussehen, bezogen auf die therapeutische Arbeit mit unterschiedlicher Klientel wie Kinder oder Erwachsene?

Da ich von der Annahme ausgehe, daß die subjektive Erlebniswelt des Jugendlichen sich von der des Kindes und der des Erwachsenen erheblich unterscheidet, folgt daraus, daß das einfühlsame Eintauchen in die unterschiedlichen Erlebniswelten vom Therapeuten unterschiedliche empathische Fähigkeiten verlangt. Dies entspricht auch der gängigen Alltagserfahrung, nach der bestimmte Therapeuten bevorzugt mit Kindern, andere mit Erwachsene und andere wiederum lieber mit Jugendlichen arbeiten.

Es geht mir in diesem Zusammenhang weniger um die unbewußte und bewußte Motivation, warum sich ein Therapeut für eine bestimmte Klientel entscheidet, oder überhaupt therapeutisch tätig wird, und zwar in dem Sinne - um der psychoanalytischen Argumentation zu folgen - da er vielleicht unbewußte Anteile z.B. Machtphantasien in der Therapie mit Kindern ausagiert, oder weil er im Sinne Schmidtbauers (1977) grundsätzlich an einem Helfersyndrom leidet.

Mir geht es hier vielmehr um die positiven Fähigkeiten, die ein Therapeut aufgrund seines persönlichen und sozialen Engagements mitbringt. Das persönliche und soziale Engagement ist bei den einzelnen Therapeuten jedoch unterschiedlich gelagert.

Der Kinder-Therapeut wird sich im Wesentlichen auch außerhalb seiner Arbeit als Anwalt des Kindes verstehen. Dem Erwachsenen-Therapeuten geht es in erster Linie um die Bekämpfung und Linderung des psychischen Elends von erwachsenen Patienten.

Allgemein kann von der Annahme ausgegangen werden, daß dem persönlichen und sozialen Engagement mit einer bestimmten Klientel therapeutisch bevorzugt zu arbeiten, beim Therapeuten eine mehr oder weniger starke Identifikation mit der betreffenden Klientel zugrunde liegt.

Diese Identifikation mit einer bestimmten Personengruppe, Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen, setzt beim Therapeuten gleichsam *sui generis* eine Gewichtung des empathischen Verständnisses voraus.

Am einfachsten erscheint die Identifikation mit dem erwachsenen Patienten. Die Realisierung des empathischen Verstehens scheint in der Therapie mit Erwachsenen auf den ersten Blick am wenigsten problematisch zu sein. Verfügt doch der erwachsene Patient über eine annähernd gleiche Erfahrung, spricht er doch die Sprache des Therapeuten. Die Erlebniswelt des erwachsenen Patienten ist dem Therapeuten am wenigsten fremd. Konflikte mit dem Partner, Ängste, nicht bewältigte Ablösungsschritte von den Eltern, um nur einige Aspekte zu nennen, sind alles Bereiche, in denen sich der Therapeut unmittelbar einfühlen kann. Besonders dann, wenn er sich selber noch in der therapeutischen Ausbildung - sprich Eigentherapie - befindet. Vielleicht liegt gerade in der Tatsache, daß sich der Therapeut mit dem erwachsenen Patienten am ehesten identifizieren kann, oder deutlicher ausge-

drückt, im Patienten spiegeln kann, die Faszination, die die Erwachsenentherapie gemeinhin ausübt.

In der Therapie mit Erwachsenen sind die Grenzen der empathischen Fähigkeit seitens des Therapeuten rasch erreicht, besonders dann, wenn der Therapeut mit schwer neurotischen oder gar psychotischen Patienten konfrontiert wird. Oben habe ich schon auf die Gefahr aufmerksam gemacht, wie schnell aufgrund mangelnder Empathie das Verhalten des Therapeuten umschlagen kann. Etikettierung und Psychiatrisierung sind dann unweigerlich die Folge. Lapidar hieß es dann, der Patient ist zu einer ambulanten Therapie nicht fähig, er muß stationär psychiatrisch behandelt werden.

Die therapeutische Arbeit mit Kindern erfordert vom Therapeuten das Eintauchen in eine fremde Erlebniswelt. Die Erlebniswelt des Kindes unterscheidet sich in wesentlichen Bereichen von der des Erwachsenen.

Das Spiel, die Sprache und das Denken des Kindes unterliegen hauptsächlich dem primärprozeßhaften Geschehen. Das Kind bringt seine Gefühle und Affekte unmittelbarer und spontaner zum Ausdruck als der Erwachsene. Für den Kindertherapeuten bedeutet dies, daß er hier mit psychischen Prozessen konfrontiert wird, denen er vorerst fremd gegenübersteht. Der Therapeut muß sich hier auf eine Erlebnisebene einlassen, die nicht seiner eigenen entspricht. Dies setzt voraus, daß er die psychischen Mechanismen, die beim Kind hauptsächlich wirksam sind, kennt und diese vor allem emotional nachvollziehen kann. So darf er etwa nicht überrascht sein, oder mit irgendeiner Form der Bestrafung reagieren, wenn beispielsweise ein Therapiekind bei einer nur geringfügigen Frustration mit heftigen Aggressionen reagiert.

Die relativ abgeschlossene Erlebnisswelt des Kindes, begrenzt durch Familie, Schule und Freizeit, sowie das primärprozeßhafte Geschehen, das, wie gesagt, dem Kind die Fähigkeit, seine Gefühle unmittelbar zum Ausdruck zu bringen erlaubt, erleichtern jedoch ein empathisches Eintauchen in die Erlebnisswelt des Kindes.

Zusätzlich wird die Realisierung empathischen Verstehens in der Kindertherapie dadurch erleichtert, daß das Kind im therapeutischen Prozeß kaum als Konkurrent, wie etwa in der Erwachsenentherapie erlebt wird. Die Identifizierung mit dem Schwächeren - und das Kind ist ja immer der Schwächere - entspricht zudem dem altruistischen Bedürfnis vieler Therapeuten.

Dies bedeutet jedoch keineswegs, daß die Realisierung der Empathie in der Kindertherapie völlig problemlos wäre. Zwar unterscheidet sich die Erlebnisswelt des Kindes von der des Erwachsenen erheblich, dies bedeutet jedoch nicht, daß sie weniger mit Dramatik und Leiden gefüllt ist. Der Therapeut wird nur dann die notwendige empathische Fähigkeit realisieren können, nur dann Anwalt des Kindes sein können, wenn er sich seiner eigenen Kindheit, seiner eigenen Kindheitsdramatik bewußt ist.

Auch in der Therapie mit Jugendlichen muß sich der Therapeut auf eine fremde Erlebnisswelt einlassen. Obgleich die Erlebnisswelt der Pubertät für den Therapeuten selber weniger weit zurückliegt als die Erlebnisswelt der Kindheit, ist sie ihm zunächst fremd, ist sie doch mit der Erlebnisswelt des Erwachsenen kaum vergleichbar.

Empathische Fähigkeit bezogen auf die Therapie mit Jugendlichen, erfordert vom Therapeuten die subjektive Erlebniswelt des Jugendlichen auf zwei Ebenen nachvollziehen zu können.

Zum einen gilt es, die spezifische Alltagswelt des Jugendlichen zu begreifen, die sich deutlich von der des Kindes und der des Erwachsenen unterscheidet. Zum anderen muß der Therapeut die in der Adoleszenz vorherrschenden Konfliktbereiche, unter denen der Jugendliche leidet (Sexualität, Loslösung und Identitätsdiffusion) verstehen und emotional nachvollziehen können.

Was allein schon die Alltagswelt des Jugendlichen betrifft, so können sich für deren Verständnis für den Therapeuten erhebliche Schwierigkeiten ergeben. Die Eigenheit und Abgeschlossenheit der jugendlichen Alltagswelt in Form verschiedenartiger Subkulturen (Musikszene, Drogenszene oder anderer Jugendkulturen) gibt es so ausgeprägt beim Kind und beim Erwachsenen nicht. Die eigene Welt, die sich der Jugendliche schafft, in der er überwiegend lebt, erscheint für den Erwachsenen erst einmal fremd und exotisch. Oft steht der Erwachsene dieser Welt skeptisch bis ablehnend gegenüber.

Der Therapeut, der mit Jugendlichen arbeitet, muß verstehen und nachvollziehen können, was die unterschiedlichen Subkulturen für den Jugendlichen bedeuten. Das Bedürfnis in einer anderen, alternativen Welt zu leben, in der sich der Jugendliche deutlich und teilweise bewußt aggressiv von der Erwachsenenwelt abgrenzt, beinhaltet erst einmal anders sein zu wollen, "nur nicht so wie die Erwachsenen."

Die Suche nach der eigenen Identität - die oft auch vorübergehend in der betreffenden Subkultur und peergroup gefunden wird - muß uneingeschränkt als ein genuines Bedürfnis des Jugendlichen anerkannt werden.

Für den Therapeuten bringt die Konfrontation mit den verschiedenen jugendlichen Subkulturen erhebliche Schwierigkeiten mit sich. Er muß sich den Einstellungen und Ansprüchen, die hier mehr oder weniger offen signalisiert werden, stellen. Das bedeutet für den Therapeuten, er muß zu bestimmten ethischen, moralischen und politischen Fragen Stellung beziehen.

Wie steht er etwa zum Genuß von Drogen (Haschisch, LSD, Alkohol)? Wie steht er zu kleinkriminellen Delikten? Dieses Problem stellt sich zwangsläufig, wenn er es mit einem Jugendlichen, der einer Straßengang angehört, zu tun bekommt.

Nullbock und no future Einstellung, die einhergehen kann mit Schul- und Arbeitsverweigerung, oder die Hausbesetzer Problematik sind einige weitere Bereiche, die für den Jugendlichen in seinem Alltagsleben wichtig sein können.

Empathie bedeutet in diesem Zusammenhang die Beweggründe des Jugendlichen für sein Handeln und seine Einstellung nachvollziehen zu können. Einem Therapeuten, der eher konservativ moralisch und politisch ausgerichtet ist, wird es kaum möglich sein, empathisches Verstehen zu realisieren.

Die zweite Ebene des empathischen Verstehens betrifft, wie gesagt, das Nachvollziehen der in der Adoleszenz vorherrschenden Konfliktbereiche, an denen der Jugendliche leidet.

Adoleszenz als normative Krise, bedeutet für den Jugendlichen in erster Linie nicht gelöste Konflikte, die Suche nach einer eigenen Identität, die Konfrontation mit der Sexualität, und last but not least die Auseinandersetzung mit den Eltern und anderen Autoritäten.

Der Therapeut, der mit Jugendlichen arbeitet, muß sich darüber im klaren sein, daß der Jugendliche einen Großteil seiner psychischen Energie darauf verwendet, sich dieser Konflikte zu stellen. Die spezifische Erlebniswelt des Jugendlichen zu verstehen, bedeutet, diese Konflikte und das damit verbundene Leiden emotional nachvollziehen zu können.

Weiterhin bedeutet dies, daß der Therapeut in diesem Zusammenhang die spezifische psychische Struktur des Jugendlichen nicht aus dem Auge verliert. Der Therapeut muß auf etwaige passagäre psychotische Zustandsbilder (paranoide Episoden) gefaßt sein. Das Durchbrechen primärprozeßhaften Geschehens in Form tiefer depressiver Phasen, in der der Jugendliche durchaus akut suizidal gefährdet ist, oder das Auftreten manischer Stimmungen, die verbunden sein können mit vorübergehendem Drogenmißbrauch oder kleinkriminellen Delikten, sind eher die Regel als die Ausnahme.

All diese Verhaltensweisen und Handlungen, die der wechselnden momentanen psychischen Befindlichkeit des Jugendlichen entsprechen, dürfen nicht als pathologisch etikettiert werden, sondern sollten eher als ein Versuch der Identitätssuche angesehen werden.

Der Anspruch in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, die nötige Empathie zu realisieren, stellt für Therapeuten mithin besonders hohe Anforderungen. Sieht sich doch der Therapeut hier mit einer Erlebniswelt konfrontiert, die besonders stark durch Leiden und Identitätssuche geprägt ist. Zudem sind die Handlungen, Verhaltensweisen und Stimmungslagen des Jugendlichen oft so extrem, daß sie dem gängigen Verständnis noch schnell als pathologisch etikettiert werden.

Der Therapeut wird nur dann in der Lage sein, ein vertieftes empathisches Verständnis dem Jugendlichen gegenüber realisieren zu können, wenn ihm die Dramatik und das Leiden seiner eigenen Jugend bewußt ist. Er muß seine eigene adoleszente Problematik erinnert und bearbeitet haben.

Er wird den Konflikt der Loslösung, die Suche nach Identität, das Leiden an der Sexualität, nur dann verstehen und nachvollziehen können, wenn er dazu fähig ist, die Gefühle, die er damit verbindet, zulassen zu können.

4.5.3 Gegenübertragung in der Therapie mit Jugendlichen

Auf die Problematik der Gegenübertragung bin ich schon im ersten Teil (Seite 41, 62ff) ausführlich eingegangen. Unter Gegenübertragung versteht man die unbewußten Wahrnehmungen und Emotionen, mit denen der Therapeut auf die Verhaltensweisen Gefühle sowie Aspekte der Persönlichkeit des Patienten reagiert.

Da der Therapeut selber im therapeutischen Prozeß involviert ist, agiert er immer eigene unbewußte Anteile mit. Gegenübertragung bzw. Gegenübertragungsreaktionen (vgl. S.) treten mithin mehr oder weniger stark ausgeprägt in jedem therapeutischen Prozeß auf. Es bestehen jedoch Unterschiede in Ausprägung und Form bezüglich der Therapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Im folgenden gilt es die spezifischen Formen der Gegenübertragung bzw. Gegenübertragungsreaktionen im therapeutischen Prozeß mit Jugendlichen herauszuarbeiten. Vorher möchte ich jedoch kurz auf die Eigenheiten der Gegenübertragung in der Kindertherapie und Erwachsenentherapie eingehen.

Auf die Gefahren der spezifischen Gegenübertragungsreaktionen in der Kinderpsychotherapie wurde von verschiedener Seite hingewiesen (Frijling-Schreuder 1967, Lebovici 1969 und Müller-Küppers 1973). Die Notwendigkeit eines doppelten Arbeitsbündnisses (Beziehung zum Kind und zu den Eltern) stellt an den Therapeuten besonders hohe Anforderungen.

Macht sich der Therapeut zum ausschließlichen "Verbündeten" des Kindes, so besteht die Gefahr, daß der Therapeut die Eltern des Kindes in den Beratungsgesprächen negativ als Konkurrenten erlebt, ihnen feindlich gegenübersteht und vielleicht eigene ungelöste ödipale Konflikte agiert. Geht der Therapeut andererseits zu sehr auf die Forderungen der Eltern ein, so könnten sich dahinter ungelöste Autoritätskonflikte des Therapeuten verbergen.

Das in der Kindertherapie vorherrschende archaische Muster der Ungleichheit - die generelle Unterlegenheit des Kindes und die Überlegenheit des Therapeuten - birgt die permanente Gefahr des narzistischen Mißbrauches des Kindes seitens des Therapeuten. Das Therapiekind kann als Liebesobjekt mißbraucht werden, es können aber auch unbewußte aggressive Anteile am Kind ausgelebt werden. Andere Möglichkeiten der unbewußten Delegation wie sie etwa Richter für die Dynamik der Familie beschrieben hat, sind auch in der Kindertherapie eine permanente Gefahr, denen der Therapeut unterliegen kann.

In der Erwachsenentherapie braucht der Therapeut zwar kein doppeltes Arbeitsbündnis einzugehen, auch ist das Ungleichgewichtsverhältnis nicht so stark ausgeprägt, die Möglichkeiten und Gefahren der Gegenübertragung sind jedoch nicht weniger vielfältig. In Teil 1 (Seite 62) habe ich schon ausführlich auf die Vielfalt der Gegenübertragung hingewiesen. Allgemein läßt sich sagen, daß in der Erwachsenentherapie alle nichtbearbeiteten unbewußten Anteile des Therapeuten in der Gegenübertragung wirksam werden können. Ob man die Vielfalt der Gegenübertragungsreaktionen vorwiegend unter dem ödipalen oder eher unter dem narzistischen Gesichtspunkt betrachtet, die Palette der Möglichkeiten ist unbegrenzt.

Allein der Therapeut muß sich der Vielfalt und Unbegrenztheit der etwaigen Gegenübertragungsmöglichkeiten bewußt sein, und sollte sich dem immer wieder stellen.

Als erstes möchte ich auf Gefahren der Gegenübertragung in der Therapie mit Jugendlichen aufmerksam machen, die daraus resultieren, ob und inwieweit der Therapeut den Jugendlichen generell in seinem Erscheinungsbild eher negativ wahrnimmt und erlebt oder ihn eher idealisiert und überschätzt. Hiermit sind Gegenübertragungssphänomene angesprochen, die allgemeine Einstellungen und Haltungen des Therapeuten hervorrufen, die als wesentliche Aspekte der Persönlichkeit des Therapeuten anzusehen sind.

Eine negative Gegenübertragung in diesem Sinne liegt dann vor, wenn der Therapeut den Jugendlichen aufgrund seiner äußeren Erscheinung, seiner Einstellung, seines Verhaltens ablehnt. Das "ungepflegte Äußere" des Jugendlichen, seine radikalen politischen Vorstellungen, sein Bekenntnis zum Drogenkonsum oder seine aggressiv vorgetragene Verweigerungshaltung, können beim Therapeuten eine unbewußte Ablehnung hervorrufen.

Der Therapeut mag durchaus subjektiv davon überzeugt sein, das Interesse des Jugendlichen im Auge zu haben, bemüht sein, in den Gesprächen das Beste für den Jugendlichen zu wollen. So könnte der Therapeut etwa argumentieren, daß der Jugendliche mit seinem ungepflegten Äußeren überall anecken wird, die Gefahren des Drogenmißbrauches ausführlich heraufbeschwören, oder bei einer massiven Verweigerungshaltung versuchen, den Patienten einsichtig zu machen, daß er mit dieser Haltung nie den schulischen und beruflichen Ansprüchen gerecht werden wird.

Dieses Verhalten des Therapeuten - man könnte es überspitzt schulmeisterhaft nennen - mag, wie gesagt, dem Therapeuten als durchaus angebracht erscheinen, will er doch aufrichtig dem Jugendlichen helfen.

Dem Jugendlichen ist damit jedoch wenig geholfen. Rebel- liert er doch gerade mit seinem Verhalten, seiner Ein- stellung gegen eben diese Anforderungen, die seitens der Schule und des Elternhauses an ihn gestellt werden.

Therapeutisches Verhalten unterscheidet sich grundlegend von pädagogischem Verhalten. Der Jugendliche soll in der Therapie nicht erzogen oder belehrt werden. Dies würde von vornherein ein Verhältnis der Ungleichheit evozieren, wo der Therapeut als der Wissende und Führende dasteht und dem Jugendlichen die Rolle des Zu-Führenden und Zu-Beleh- renden automatisch zufällt.

Ursachen für dieses pädagogische schulmeisterhafte Verhal- ten sind in einer tief verwurzelten, oft mit Vorurteilen belasteten Auffassung des Therapeuten zu suchen. Dieser Auffassung liegen Annahmen zugrunde, wie die jugendliche Phase sei äußerst krisenhaft im negativen Sinne, in der der Jugendliche sehr labil ist, schnell schlechten Ein- flüssen unterliegt, sich selbst kaum orientieren kann und daher pädagogische Führung braucht.¹

1 Die These der leicht verführbaren Jugend, zu deren Unter- mauerung die Verführung der Jugend durch den Faschismus und durch den Kommunismus herangezogen wird, wird in diesem Zusammenhang gerne ins Feld geführt. Um die Jugend vor etwaigen verhängnisvollen ideologischen, politischen oder andersartigen Verführungen zu bewahren, bieten sich eben die Verfechter dieser These gerne selber als Führer der Jugend an.

Oft schwingt in dieser Einstellung ein hohes Maß eigener Resignation mit. Unbewußte Neid- und Haßgefühle auf das spontane Aufbegehren gegenüber der eintönigen Erwachsenenwelt versperren dem Therapeuten gleichsam den Zugang zur Erlebniswelt des Jugendlichen. Der Therapeut fühlt sich von der aggressiv-kritischen Einstellung des Jugendlichen gegenüber der Erwachsenenwelt persönlich angegriffen, zumal er dadurch an seine eigene Jugend erinnert wird und er dabei vielleicht diffus ahnt, daß er seine Jugendträume und Illusionen nie verwirklicht hat.

Dem akademisch gebildeten Therapeuten stehen zudem besondere Abwehrformen zur Verfügung, sein Unverständnis und seine Ablehnung gegenüber der jugendlichen Erlebniswelt aufrechtzuerhalten. Er bezieht sich wohlweislich auf den momentanen wissenschaftlichen Diskurs. Das exzessive Verhalten des Jugendlichen, der Gebrauch von Drogen, oder der Discorausch lassen sich leicht als pathologische Form des Narzismus abtun.¹

In diesem Zusammenhang sollte nicht unerwähnt bleiben, daß der Therapeut besonders aufgrund unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit negativen Übertragungsreaktionen erliegen kann. Einem Arbeiterjugendlichen, der nicht über eine elaborierte Sprache verfügt, wird der Therapeut anders gegenüberzutreten, als etwa einem Gymnasiasten, der aus der gleichen Schicht entstammt und die gleiche Sprache spricht wie der Therapeut selbst.

¹ Vergleiche hierzu die Diskussion über Jugend und Narzismus in päd extra, 1979).

Es ist für den Therapeuten ungleich schwerer, zumal er aus einer anderen sozialen Schicht kommt, die nonverbale und verbale aggressive Kontaktaufnahme eines Unterschichtsjugendlichen anzunehmen. Die negativen Gegenübertragungsreaktionen, die hier mobilisiert werden, können tief in der eigenen Geschichte des Therapeuten wurzeln. Es ist nicht nur das fehlende Verständnis gegenüber der Umgangsform anderer sozialer Schichten, das dem Therapeuten einen Zugang zu der Erlebniswelt eines Arbeiterjugendlichen verwehrt. Die unbewußte Ablehnung eines Jugendlichen bzw. bestimmter Aspekte des Jugendlichen kann auf schmerzhaftes Erfahrungen des Therapeuten zurückgehen, die er in seiner eigenen Kindheit und Jugend gemacht hat. Verachtung, Kränkungen und auch Neid aus der Kindheit und Jugend können hier wiedererlebt werden, die es dem Therapeuten unmöglich machen, den Jugendlichen positiv anzunehmen.

Wird der Jugendliche vom Therapeuten idealisiert, strahlt der Jugendliche auf den Therapeuten eine starke Faszination aus, so besteht die Gefahr einer positiven Gegenübertragung, die sich ebenso störend auf den Verlauf der Therapie auswirken kann wie eine negative Übertragung.

Ursachen für eine überhöhte, idealisierte Wahrnehmung des Jugendlichen können darin begründet liegen, daß - allgemein formuliert - der Therapeut seine nicht gelebten Wünsche und Bedürfnisse auf den Jugendlichen projiziert. Der Therapeut kann beispielsweise von der Spontaneität, der Intellektualität oder dem politischen Engagement des Jugendlichen fasziniert sein. Der Therapeut erkennt in dem Verhalten, den Eigenschaften des Jugendlichen spiegelbildlich seine eigene Jugend wieder. Er erlebt dann gleichsam, indem er den Jugendlichen idealisiert, seine eigene Jugend noch einmal. Die Idealisierung des Jugendlichen kann aber auch primär libidinös/sexueller Natur sein.

Unbewußte homosexuelle Anteile sowie nichtgelebte verdrängte heterosexuelle Bedürfnisse bergen die Gefahr in sich, daß der Therapeut sich in jugendliche Patienten beiderlei Geschlechtes verliebt. Zwar kann dies auch in der Kinder- und Erwachsenen-Therapie geschehen, in der Arbeit mit Jugendlichen erscheint mir diese Gefahr besonders groß, unterliegt letztlich nicht auch der Therapeut dem gesellschaftlich normativen Schönheitsideal von Jugend.

Überhöhte, idealisierte Wahrnehmung des Jugendlichen, oder gar Verliebtheit in den Jugendlichen, können sich negativ auf das therapeutische Verhalten auswirken.

Der Therapeut, der einer in diesem Sinne positiven Gegenübertragung unterliegt, wird unbewußt versuchen dem Jugendlichen zu gefallen, macht versteckte Komplimente, kokettiert oder versucht sich anzubiedern. Der Jugendliche wird dieses Verhalten des Therapeuten durchaus positiv erleben, wird sich in seinem Selbstwertgefühl bestätigt fühlen. Letztlich wird dadurch aber die therapeutische Arbeit behindert, wenn nicht gar verunmöglicht.

(Siehe dazu das Fallbeispiel von Seite 50)

Weitere mögliche Gefahren der Gegenübertragungsreaktionen in der Therapie mit Jugendlichen beziehen sich auf die in der Adoleszenz vorherrschenden Konfliktbereiche Lösung, Sexualität und Identitätsdiffussion/Identitätssuche.

Bei der Bearbeitung dieser drei zentralen Problembereiche besteht die Gefahr, daß der Therapeut aufgrund seiner nichtgelösten Trennung von den Eltern, seiner nichtgelösten Sexualproblematik und seiner noch nicht abgeschlossenen Identitätsfindung (oder gar einer akuten Identitätskrise)

unbewußt versucht, den Jugendlichen in eine Richtung zu lenken, die nicht dem wirklichen Bedürfnis und der inneren Befindlichkeit des Jugendlichen entspricht, und eigene nichtbearbeitete Probleme agiert.

Dies könnte sich etwa so auswirken, daß der Therapeut mit großem Nachdruck auf eine Loslösung von den Eltern dringt, indem er immer wieder eine räumliche Trennung zur Sprache bringt, den Jugendlichen drängt, von zu Hause aus-zuziehen. Oder umgekehrt, falls der Jugendliche diesen Wunsch selber vorbringt, darauf nicht weiter eingeht. Überbewertet oder ignoriert der Therapeut die loslösungs-problematik, so liegt die Annahme nahe, daß der Therapeut seine eigene adoleszente Trennungsproblematik, den damali-gen Wunsch, so schnell wie möglich ausziehen, oder die ehemalige Angst, sich vom Elternhause trennen zu müssen, agiert, und dies dem Jugendlichen aufzwingt.

Auch hinsichtlich der sexuellen Problematik kann der Thera-peut seine eigenen ungelösten Konflikte mehr oder weniger stark agieren. So könnte der Therapeut versucht sein, dem Jugendlichen zu sexueller Aktivität zu drängen, ohne dabei seine Ängste zu berücksichtigen, oder umgekehrt, den Jugendlichen zur sexueller Enthaltsamkeit anzuhal-ten.

Bei der Suche nach einer Identität, ob nun in beruflicher, politischer oder weltanschaulicher Hinsicht, besteht die Gefahr, dem Jugendlichen dezent von bestimmten Plänen ab-zuraten, oder ihn unbewußt in eine bestimmte Richtung zu lenken. Der Therapeut empfiehlt bestimmte Bücher, die für ihn etwas bedeuten, oder macht eine bestimmte Studienrich-tung schmackhaft, worin sich letztlich das Interesse des

Therapeuten spiegelt. Ein weiteres therapeutisches Fehlverhalten läge dann vor, wenn der Therapeut den Jugendlichen in politische weltanschauliche Gespräche verwickelt, aufgrund des größeren Wissens versuchen würde, ihn zu überzeugen, oder gar mit dem Ziel zu agitieren, einer bestimmten politischen Organisation beizutreten.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, in der Therapie sollten durchaus auch politische, gesellschaftliche und weltanschauliche Aspekte besprochen werden, besonders dann, wenn der Jugendliche diese selber zur Sprache bringt, was, wie gesagt, eher die Regel als die Ausnahme ist. Therapie darf aber nicht auf politischen Disput reduziert werden, schon gar nicht darf der Therapeut die Therapie als politische Arena benutzen, um den jugendlichen Patienten irgendwie zu überzeugen.

Zum Schluß sei noch auf Formen der Gegenübertragungsreaktionen hingewiesen, die der Affekt- und Stimmungslagen, die der Jugendliche aufgrund seiner spezifischen subjektiven Befindlichkeit in der Therapie zum Ausdruck bringt, geschuldet sind.

An den Therapeuten werden besondere Anforderungen gestellt, wenn der Jugendliche Phasen der Ablehnung, des Mißtrauens, der zynischen Zurückweisung zeigt. Die Gefahr besteht dann, daß der Therapeut darauf selbst mit Ablehnung, Kränkung, Wut oder Zynismus reagiert. Befindet sich der Jugendliche in einer manischen Phase, die oft einhergeht mit einer Idealisierung und Bewunderung des Therapeuten, so unterliegt der Therapeut der Gefahr, sich selbst als omnipotent zu erleben, sich narzistisch zu überschätzen.

Während depressiver Phasen, in denen eine ernsthafte Suizidgefahr nicht auszuschließen ist, sowie bei passagären paranoiden Episoden, kann der Therapeut schnell mit Hilflosigkeit und Angst reagieren und überstürzt eine psychiatrische Einweisung veranlassen.

All diese zum Schluß aufgezählten Möglichkeiten der Gegenübertragungsreaktionen können aber auch in der Erwachsenen-therapie auftreten, besonders bei schwer neurotisch gestörten und borderline Patienten, die sich in ihren Übertragungsreaktionen durch starke Ambivalenzen auszeichnen (vgl. dazu Kernberg, Kohut).

Beim Jugendlichen sind jedoch derartige Affektschwankungen (Ablehnung/Bewunderung) eher die Regel, folglich ist die Wahrscheinlichkeit, daß entsprechende Gegenübertragungsreaktionen auftreten, größer.

Die Gefahren der Gegenübertragung, die sich störend auf den therapeutischen Prozeß mit Jugendlichen auswirken, sind vielfältiger Natur. Die spezifischen Ausprägungsformen der Gegenübertragung in der Jugendpsychotherapie lassen sich daran festmachen, wie der Therapeut den Jugendlichen allgemein wahrnimmt (Ablehnung/Überschätzung), ob und inwieweit der Therapeut die in der Adoleszenz vorherrschenden Konfliktbereiche selber agiert, und last not least, wie der Therapeut (entweder mit Angst oder Unverständnis) mit den spezifischen Affekt- und Stimmungsschwankungen, der inneren Befindlichkeit des Jugendlichen, umgeht.

4.5.4 Der Therapeut als "Mentor"

Abschließend möchte ich noch auf Einstellungen und Persönlichkeitsaspekte des Therapeuten eingehen, die in der bisherigen Diskussion kaum zur Sprache kamen, oder nur implizit angedeutet wurden.

In der Diskussion über Empathie und Gegenübertragung wurde wiederholt darauf hingewiesen, daß das Verständnis, das der Therapeut von "Jugend" allgemein und Adoleszenz im psychologischen Sinne hat, für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen eine wesentliche Rolle spielt.

Die jugendliche Phase, die Adoleszenz, ist in erster Linie eine normative Krise im positiven Sinne, in der der Jugendliche auf Veränderung drängt, sich gegen tradierte Formen und Strukturen aktiv zur Wehr setzt und Autoritäten in Frage stellt. Die in der Adoleszenz wirksam werdenden Konfliktbereiche Loslösung, Sexualität und Identitätssuche, sind zwar auch innerpsychischer Natur (Auseinandersetzung mit den verinnerlichten Elternbildern, der verinnerlichten Sexualmoral etc.), sie sind aber immer auch eine Auseinandersetzung mit äußeren objektiven Widersprüchen. Die Beschäftigung mit moralischen und weltanschaulichen Fragen, die Suche nach neuen Lebensformen dürfen nicht ausschließlich psychologisiert werden, als pubertäres Verhalten abgetan werden. Hierin spiegelt sich vielmehr auch und gerade eine Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Verhältnissen. Jugend kann mithin in der menschlichen Biographie als eine besondere Phase angesehen werden, in der gesellschaftliche Widersprüche verschärft wahrgenommen werden.

Besonders in den Tagträumen und in der phantasiebeladenen Sprache kommt das genuine Bedürfnis des Jugendlichen nach Veränderung und Aufbruch, sowie der Wunsch, die Hoffnung auf ein Anderssein, deutlich zum Ausdruck.

In diesem Sinne wird der Therapeut "Jugend" bzw Adoleszenz nur dann verstehen, wenn bei ihm selbst das "Prinzip Hoffnung" (Erst Bloch) noch vorhanden ist, selber noch an Veränderung glaubt, selber den gesellschaftlichen Verhältnissen kritisch gegenübersteht.

Ist beim Therapeuten hingegen das Moment der Resignation vorherrschend, teilt er nicht die Hoffnung auf Veränderung, gibt es in seiner Phantasie keinen Platz für Utopie, so wird und kann er nie dem genuinen Anspruch des Jugendlichen auf Veränderung und Aufbruch gerecht werden, wird sich dem letztlich widersetzen.

Versteht sich der Therapeut als bloßes Objekt der Lebensverhältnisse, der Geschichte, so wird sich dies zwangsläufig auf die Therapie auswirken. Mit dieser Einstellung wird der Therapeut nur sehr bedingte und beschränkte Veränderungsprozesse erreichen, wodurch vielleicht eine akute Linderung des Leiden ermöglicht sein wird, die objektiven gesellschaftlichen Ursachen, die mit für das Leiden des Jugendlichen verantwortlich sind, und die es gilt zu erkennen und zu verändern, werden hier wohl kaum zum Gegenstand der Therapie erhoben werden.

Therapeutische Tätigkeit, therapeutisches Handeln, beinhaltet aber auch den Anspruch, Einsicht in die gesellschaftlichen Verhältnisse, die subjektives Leiden bedingen, zu vermitteln und diese zu verändern.

Therapie so verstanden bedeutet, daß sich der Therapeut zur humanistischen Tradition der Aufklärung bekennt, in der das Individuum auch als handelndes Subjekt verstanden wird, was den Willen zur Veränderung, die Möglichkeit des Andersseins einschließt.

Eine weitere Eigenschaft, die sich besonders behindernd und störend auf den therapeutischen Prozeß auswirkt, ist jedwede Art des Dogmatismus', ob nun im wissenschaftlichen oder politischen Sinne. Der Therapeut muß vielmehr selber offen sein für Veränderung, sowohl in persönlicher wie in gesellschaftlich-politischer Hinsicht.

Dies setzt allerdings die Bereitschaft voraus, sich selber in seiner Tätigkeit, seinem Verhalten, seiner Persönlichkeit zu hinterfragen. Diese geforderte Ehrlichkeit mag durchaus mit der schmerzhaften Erfahrung verbunden sein, etwa Fehler eingestehen oder begangene Irrtümer einsehen zu müssen.

Dieses Noch-nicht-Erstarrtsein des Therapeuten scheint mir in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen ein besonders wichtiger Aspekt zu sein. Vermittelt damit doch der Therapeut dem Jugendlichen das Bild eines Noch-Suchenden. Der Therapeut kann daher nicht als eine unumstößliche Autorität erlebt werden.

Der Jugendliche kann sich darin besser wiedererkennen, besser spiegeln. Dadurch wird es möglich, den Jugendlichen in der Therapie ein Stück weit auf dem Weg nach der Suche seiner Identität zu begleiten, ohne ihn dabei an eine Autorität, an ein Dogma zu fixieren.

Was ein Therapeut, der mit Jugendlichen arbeitet, vermitteln und ausstrahlen sollte, beschreibt Mitscherlich eindrucksvoll, indem er die für ihn bedeutsame Beziehung zu Ernst Jünger¹ während seiner Jugend charakterisiert:

"Mein Verhältnis zu Jünger verstehe ich heute rückblickend als die Beziehung zu einem Mentor. Das ist gewöhnlich ein Helfer in den frühen Jahren der Erwachsenenheit, der dem unerfahrenen jungen Menschen beistehen kann, weil er ihn versteht und ihm für den Weg in die Gesellschaft Orientierung und Hilfe leistet. Auch der Mentor selbst ist noch ein Bewegter. Er sollte jedenfalls kein Erstarrter, kein endgültig Erwachsener sein. Die Beziehung zum Mentor ist meist eine alterstypische, obwohl der Mentor als paradigmatisches Vorbild durchaus auch im späteren Lebensalter in Erscheinung treten und Anregung, vielleicht sogar Neubeginn für ihn bedeuten kann. Seine Funktion entspricht in vielem dem eines 'Übergangs-Objektes', das heißt die Gefühlsbindung an ihn hat symbolischen Charakter und pflegt nicht definitiver Art zu sein. Im besten Fall stirbt sie langsam ab. Dann ersetzen den Mentor Identifikationen, die mit den alten verschmelzen und von großer Stabilität sein können."

1 Die politische Umstrittenheit E. Jüngers (siehe dazu die Auseinandersetzung anlässlich der Verleihung des Goethepreises der Stadt Frankfurt an E. Jünger, 1982) schmälert nicht die Bedeutung Jüngers, die er als Mentor für A. Mitscherlich ausübte.

Quellennachweis

- Adorno, T. W. (1938) Der autoritäre Charakter - Studien über Autorität und Vorurteil, Band 1 u. 2, Amsterdam 1968
- ders. Die revidierte Psychoanalyse, in Frankfurter Beiträge zur Soziologie, Band 10 Ffm 1962
- Aichhorn, A. Verwahrloste Jugend.- Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung, Leipzig/Wien/Zürich 1925
- Alexander, F. Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit, Leipzig/Wien/Zürich 1927
- Andreas-Salome, Lou ,Im Zwischenland Pubertätsnovellen, Stuttgart 1902
- Axline, M. Dibs - Protokoll einer Kindertherapie, Berlin 1964
- Bateson, G. et al., Auf dem Wege zu einer Schizophrenie - Theorie, Ffm 1969
- Beland, H. Einführung in die Psychoanalyse, Vorlesung zum Wintersemester 1980/81 am Berliner Psychoanalytischen Institut
- Bloch, E. Das Prinzip Hoffnung, Ffm 1974
- Blos, P. Adoleszenz, Stuttgart 1978
- Bühler, Ch. Das Seelenleben des Jugendlichen (1921) , Ffm 1967
- Canetti, E. Die Blendung, Roman, Wien 1935
- Castaneda, C. Die Lehren des Don Juan, Ffm 1975
- Bernfeld, S. Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse Band 1 bis 3, Ffm 1969, 1970, 1971
- Cooper, D. Psychiatrie und Antipsychiatrie, Ffm 1971

Devereux, G. Normal und anormal - Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie, Ffm. 1974

Dührssen, A. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1980

Eissler, K. R. Bemerkungen zur Technik der psychoanalytisch Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion, Psyche, 20/10-11 1966

Erikson, E. H. Identität und Lebenszyklus, Ffm. 1973

Ferenczi, S. Bausteine der Psychoanalyse II. Band, Praxis Leipzig/Wien/Zürich 1927

Fietkau, H.-J. Die Einstellung in der Psychotherapie, Weinheim/Berlin/Basel/wien 1977

Foucault, M. Sexualität und Wahrheit, Ffm 1977

Freud, A. Einführung in die Technik der Kinderanalyse, Wien 1929

- ders. Das Ich und die Abwehrmechanismen (1936), München 1970

- ders. Probleme der Pubertät, Psyche 14/1 1960

Freud, S. Gesammelte Werke, Ffm 1976, Band V, VII, VIII, X, XI, XII, XIV, XVI und XVII.

Frijling-Schreuder, E. (1967) Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Kinderpsychotherapie. Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. 1, München/Basel 1969

Fürstenaus, P. Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung, Psyche 26/6 1972

- Goethe, J. W. Auswahl, in drei Bänden , Leipzig 1956
- Graupe, S-R. Ergebnisse und Probleme der quantitativen Erforschung traditioneller Psychotherapieverfahren. in Psychotherapie: Grundlagen, etc (Hrsg) Strotzka, München/Wien 1987
- Habermas, J. Thesen zur Theorie der Sozialisation, Vorlesung im Sommersemester 1968, Ffm.
- Häsing, Stubenrauch, Ziehe (Hrsg) Narziß - ein neuer Sozialisationstypus? Bensheim 1979
- Hartig, M. Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung, München/Berlin/Wien 1975
- Hartmann, H. Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs, Psyche 18/6-7 1964
- Hartwig, H. Jugendkultur - ästhetische Praxis in der Pubertät, Hamburg 1980
- Herhaus, E. Der zerbrochene Schlaf - Roman, München/Wien 1978
- Hesse, H. Unterm Rad, Berlin 1906
- Holzkamp, K. Kritische Psychologie, Ffm 1972
- ders. Sinnliche Erkenntnis - Historischer Ursprung und gesellschaftliche Funktion der Wahrnehmung, Ffm 1973
- ders. Jugend ohne Orientierung? in Forum kritische Psychologie 6 Berlin 1980
- Holzkamp -Osterkamp, U. Motivationsforschung 2, Ffm 1976
- Horkheimer, M. et al. Autorität und Familie, Paris 1936
- Horn, K. Der überraschte Psychoanalytiker, Psyche 28/5 1974
- Horney, K. Neue Wege in der Psychoanalyse, Stuttgart 1951

Joyce, J. Jugendbildnis, Basel/Zürich 1914

Kafka, F. Brief an den Vater, Ffm 1968

- ders. Betrachtungen und Gedanken, Ffm 1968

Kappeler, Holzkamp, H.-Osterkamp, Psychologische Therapie und politisches Handeln, Ffm. 1977

Kernberg, O. F. Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, Ffm 1980

Key, E. Das Jahrhundert des Kindes - Studien - Berlin 1907

Klausmeyer, R. Pubertät und Bearmusik, Psyche 27/7 1973

Klein, M. Die Psychoanalyse des Kindes, Wien 1932

Knöll, H. Theoretische Überlegungen zur Behandlung von Jugendlichen anhand einer Literaturzusammenstellung, Praxis der Kinderpsychologie 24/8 1975

Kohut, H. Formen und Umformungen des Narzißmus, Psyche 20/8 1966

- ders. Introspektion, Empathie und Psychoanalyse, Psyche 2 1971

- ders. Bemerkungen zur Bildung des Selbst, in Die Zukunft der Psychoanalyse, Ffm 1975

- ders. Narzißmus, Ffm 1976

- ders. Die Heilung des Selbst, Ffm 1979

Kropf, D. Über Grundprobleme der Gesprächspsychotherapie, Göttingen 1976

Laing, R. D. Das Selbst und die andern, Hamburg 1977

Lebovici, S. Die Gegenübertragung in der Kinderanalyse (1952)
Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd. 1 München Basel 1969

Leuner, H. et al. Katathymes Bildererleben mit Kindern
und Jugendlichen, München/Basel 1978

- ders. (Hrsg) Katathymes Bildererleben - Ergebnisse in Theorie
und Praxis, Bern/Stuttgart/Wien 1980

Lewin, K. Vorsatz, Wille und Bedürfnis, Berlin 1927

Mahler, M. S. Symbiose und Individuation, Stuttgart 1972

Mâle, P. Psychotherapie bei Jugendlichen, München 1976

Mann, Th. Tonio Kröger - Novelle - Berlin 1917

- ders. Betrachtungen eines Unpolitischen, Berlin 1919

Meichenbaum, D. W. Kognitive Verhaltensmodifikation,
München/Wien 1979

Meltzoff, J./Kornreich, M. Research in Psychotherapy,
New York 1970

Miller, A. Das Drama des begabten Kindes, Ffm 1979

Minsel, W. R. Gesprächspsychotherapie bei dissozialen Jugend-
lichen, Praxis der Kinderpsychologie 22/4 1973

- ders. Praxis der Gesprächspsychotherapie, Wien/Köln 1974

- ders. et al. Bedeutsame weitere Variablen des Psychothera-
peutenverhaltens. Z. f. Klin. Psychol. 1973 , 1/1

- ders. et al. Weitere Untersuchung der Auswirkung und Prozesse
klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Z. f. Klin. Psy.
1972, 3/1

Mitscherlich, A. Ein Leben für die Psychoanalyse, Ffm 1980

Mitscherlich-Nielsen, M. Was macht einen guten Analytiker aus?
Psyche 24/8, 1970

Müller-Küppers, M. Zum Problem der Übertragung und Gggenüber-
tragung in der Kinderpsychotherapie, in Praxis der Kinder-
psychologie 22/7 1973

Musil, R. Die Verwirrungen des Zöglings Törless - Novelle
Wien/Leipzig 1906

Parker, B. Meine Sprache bin ich - Modell einer Psychotherapie
Ffm 1974

Pearson, G. H. J. (Hrsg) Handbuch der Kinderpsychoanalyse,
München 1972

Piaget, J./ Inhelder, B. Von der Logik des Kindes zur
Logik des Heranwachsenden, Stuttgart 1980

Proust, M. Auf der Suche nach der verlorenen Zeit, Roman,
Ffm 1978

Racker, H. Übertragung und Gegenübertragung, München 1978

Reich, W. Charakteranalyse, Selbstverlag, 1933

Richter, H. E. Eltern, Kind und Neurose, Hamburg 1969

Rogers, C. R. Die nichtdirektive Beratung, München 1972

-ders. Die Klientbezogene Gesprächspsychotherapie, München 1971

-ders. Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsycho-
therapie, München 1979

Roth, J. (1926) Das Spinnennetz, Roman Ffm 1976

de Ruyter, T. H. (1967) Psychotherapie im Pubertätsalter.
Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd. 1. München/Basel 1969

Schmidbauer, W. Die hilflosen Helfer, Hamburg 1979

Schmidtchen, S. (Hrsg) Handbuch der klientenzentrierten
Kindertherapie, Kiel 1976

Schopenhauer, A. Aphorismen zur Lebensweisheit, Leipzig 1923

Spitz, R. A. Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen,
Stuttgart 1973

Spranger, E. Psychologie des Jugendalters. Leipzig 1925

Stierlin, H. Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung,
Ffm 1975

Strotzka, H. (Hrsg) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren,
Indikationen, München/Wien 1978

Tausch, R. Gesprächspsychotherapie, Göttingen 1973

Teveleit, K. Männerphantasien , Band 1 und 2, Ffm 1978

Truax, Ch. B. (1962) zitiert nach R. Tausch in "Gesprächs-
psychotherapie" Göttingen 1973.

Wedekind, F. Frühlingserwachen - eine Kindertragödie
München 1906

Wiesse, J. Gegenübertragung in der analytischen Psychothera-
pie der Adoleszenz, Praxis der Kinderpsychologie 27/8, 1978

Willi, J. Die Zweierbeziehung, Hamburg 1975

Winnicott, D. W. Übergangsobjekte und Übergangsphänomene,
Psyche 23/9 1969

Wolpe, J. Praxis der Verhaltenstherapie, Bern 1972

Ziehe, Th. Pubertät und Narzißmus, Ffm/Köln 1975

Zullinger, H. Die Spaziergang-Behandlung - eine Form des
psychotherapeutischen Umgangs mit gefährdeten Jugendlichen
Handbuch der Kinderpsychotherapie. Bd. 1 München Basel (1969)

LEBENS LAUF

31. 5. 1947 geboren in Gretenberg, Kreis Burgdorf/Hannover
Vater: Hans Hogg, geb. 23. 12. 1922
Mutter: Rosa Hogg, gebr. Schormann 1. 3. 1923
- 1954 - 1959 Besuch der Volksschule I und II in Sehnde/Hann.
- 1959 - 1965 Besuch der Realschule Sehnde
Ostern 1965 Abschluß der "Mittleren Reife"
- 1.4. 1965 bis 30. 9. 1968 Lehre als Fernmeldemonteur bei Standard Elektrik
Herbst 1968 Lorenz AG in Hannover
Absolvierung der Facharbeiterprüfung
1. 10. 1968 bis 1. 2. 1971 Besuch des Hessenkollegs Wetzlar
Jan. 1971 Absolvierung der Hochschulreifeprüfung
- SS 1971 bis WS 1975/76 Studium der Fachrichtung Psychologie am Fach-
bereich 11 der Freien Universität Berlin
März 1976 Absolvierung der Diplomhauptprüfung im Fach
Psychologie.
- SS 1976 Lehrauftrag an der Pädagogischen Hochschule Berlin
15. 8. 1976 Honorartätigkeit an der Erziehungsberatungsstelle
bis beim Bezirksamt Berlin Charlottenburg
30. 12. 1976
- Ab Herbst 1976 bis Frühjahrs 1980 Regelmäßige Teilnahme an einer Supervisionsgruppe
im Rahmen der DGVT (Deutschen Gesellschaft für
Verhaltenstherapie)
15. 1. 1977 bis 31. 10. 1980 Volltagstätigkeit als klinischer Psychologe
in der fachärztlichen Kinder - und jugend-
psychiatrischen Praxis Anne Margarete Stöhrer
1 Berlin 12, Wilmersdorferstr. 94
- seit dem 1. 11. 1980 Halbtagsstätigkeit in der Kinder - und jugend-
psychiatrischen Beratungsstelle des Bezirks-
amtes Wedding von Berlin
- Psychotherapeutische Tätigkeit mit vorwiegend
jugendlichen Patienten

